



Gobierno del

Estado de Tabasco

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

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

Diseño y Edición Editorial
Lic. Oscar Pérez Maldonado

Primera edición, abril 2014.

Villahermosa, Tabasco, México.

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

Directorio

Lic. Juan Antonio Filigrana Castro
Secretario de Salud

Lic. Karla Lilia Pilgram Santos
Delegada Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Lic. Abel Rivera Rangel
Delegado Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Ing. Arq. José Agapito Domínguez Lacroix
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSET)

Dr. Javier Sánchez Hernández
Director del Hospital Regional de Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Lic. Ricardo Poery Cervantes Utrilla
Director General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

CRNL. M.C. Gerónimo Rafael Morales Arango
Director de Enfermería de la XXX Zona Militar

Tte. Navío S.S.N.M.C. Marco Esteban Castillo Capitán
Director del Sanatorio Naval de la 5ta. Zona

Prof. Rodolfo Lara Lagunas
Secretario de Educación

Mtro. José Rubén Fernández Fernández
Delegado Federal de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)

Lic. Carlos José Dagdug Nazur
Director General del Instituto del Deporte de Tabasco (INDETAB)

Dr. José Manuel Piña Gutiérrez
Rector de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT)

Mtro. Manuel Quintana Teres
Rector de la Universidad del Valle de México, Campus Villahermosa (UVM)

Dr. Lácides García Detjen
Director de la Universidad Olmeca (UO)

M. en Ed. Víctor H. Mejía Rosas
Director General de la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG)

LCC. Dolores del Carmen Gutiérrez Zurita
**Coordinador General de Comunicación Social
y Relaciones Públicas del Gobierno del Estado**

Comité Directivo de la Estrategia

Dr. Esmelin Trinidad Vázquez
Subsecretario de Salud Pública y
Coordinador General

Dr. Gustavo Segura Cárcamo
Secretario Técnico de la Estrategia

Dr. Zenón Morales Orozco
Componente de Promoción de la Salud

MSP. Isabel Cristina de la Cruz Narváez.
Responsable Estatal del Programa Salud en el Adulto y en el Anciano

Mtra. Olga Piña Gutiérrez
Directora de Protección Contra Riesgos Sanitarios

Dr. Carlos Osorio Amézquita
Jefe del Departamento de Epidemiología

Psic. Susana Isabel Vázquez López
Jefa del Depto de Prevención y Atención del Suicidio
Componente de Salud Mental

Psic. María de los Ángeles Gómez Cáceres
Apoyo en la prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género
Componente de Salud Mental

Participantes de la Estrategia

COMPONENTE: SALUD PÚBLICA

Lic. José María Castro Morales
Secretario Técnico de la Subsecretaría de Salud Pública

Dr. Carlos Mario de la Cruz Gallardo
Director de Programas Preventivos

Dr. Agenor LLado Verdejo
Secretario Técnico de la Dirección de Programas Preventivos

MAP. Nayade Hernández Morales
Jefa del Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Toribio León Acosta
Responsable Estatal del Programa Infancia y Adolescencia

MAPS. Flora González de la Cruz
Responsable Estatal de Nutrición

Lic. Nut. Maria Cristina Ramírez García
Responsable Estatal de Obesidad del PSAA

COMPONENTE: ATENCIÓN MÉDICA

Dr. Manuel Jesús Alvarado García
Subsecretario de Servicios de Salud

Dr. Bartolo Aguirre Martínez
Subdirector de Atención Primaria a la Salud

Dra. Verónica Rodríguez Rodríguez
Jefa del Depto. de Gestión y Desarrollo

Dr. Argeo Romero Vázquez
Director de Calidad y Educación en Salud

Lic. Dori del Carmen Estrada Cámara
Jefa del Depto. de Capacitación

Lic. Georgina Díaz Sánchez
Enlace del Programa de Estímulos del Desempeño a la Calidad del personal de Salud

COMPONENTE: REGULACIÓN SANITARIA Y POLÍTICA FISCAL

Ing. Roger Alberto Vázquez López
Jefe del Depto. de Productos y Servicios

Ing. Simón Hernández Rodríguez
Jefe de la Oficina de Fomento Sanitario

Lic. Julio Gallegos de la Fuente
Jefe de la Oficina Jurídico y Consultivo

Ing. Bioquim. en Alimentos Bertha Torres Torres
Planeación y Evaluación

COMPONENTE: SALUD MENTAL

Psic. Adriana Bezares Betanzos
Jefa del depto. Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género

Dr. Miguel Ángel Fonz Pérez
Jefe del Depto. de Adicciones

Psic. Fedra Espinoza López
Coordinadora Estatal de los CAPA

Psic. Luis Evaristo Adán
Coordinador Estatal de 1er., 2do. y 3er. nivel en Adicciones

Psic. Lucy Díaz Sánchez
Responsable de los Servicios de Salud Mental

Psic. Perla Juárez Garay
Responsable de Acreditación de Escuelas

Contenido

1. Presentación	9
2. Introducción	11
3. Problemática	14
Panorama Mundial	15
Panorama En México	17
Panorama En Tabasco	27
4. Antecedentes	42
Antecedentes Internacionales	42
Antecedentes México	46
Antecedentes Tabasco	49
5. Marco Juridico	59
6. Marco Conceptual	69
7. Planteamiento	72
8. Ejes Rectores	75
9. Objetivos	78
Objetivo General	78
Objetivos Específicos	78
10. Visión 2018	78
11. Pilares Y Ejes Estrategicos	79
Salud Pública	80
Atención Médica	82
Regulación Sanitaria Y Política Fiscal	84
12. Dependencias e Instituciones Participantes	86
13. Evaluacion	97
14. Bibliografia	98
15. Agradecimientos	100
16. Anexo1: Objetivos, Metas E Indicadores	101

1. Presentación

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

La diabetes es un reto de salud global; estimaciones de la OMS indican que en 1995 había en el mundo 30 millones de personas con diabetes, actualmente se estima que 347 millones de personas viven con diabetes. El reto en términos de lo que representa para la sociedad es doble: por un lado, el importante monto de recursos que requieren los prestadores de servicios de salud para su atención, y por el otro el costo económico y emocional para las personas con diabetes y sus familias.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), coloca a México en el segundo lugar en prevalencia de obesidad a nivel mundial. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, aproximadamente 7 de cada 10 adultos tienen exceso de peso. Como consecuencia de ello, la diabetes mellitus tipo 2 presenta una dimensión crítica en nuestro país, toda vez que México ocupa el primer lugar en cuanto a personas que la padecen dentro del rango de edad de entre 20 y 79 años.

En Tabasco, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006-2012, se observa el incremento de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edades. En menor de 5 años de 14.0% a 12.1%, de 5 a 11 años de 37.9% a 40.7%, en el grupo de 12 a 19 años de 33.3% a 40.3% y del grupo de 20 y más de 73% a 79.9%. Respecto a la realización de la prueba de determinación de colesterol en resultados de la ENSANUT 2012, el 19.6% de la población refirió que sí se le realizó la prueba, 18.3% en mujeres y 21.1% en hombres. Condiciones que se deben fortalecer para incrementar la calidad en la atención de estos padecimientos.

Tabasco, aplicará la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, con la participación articulada del Gobierno del Estado, de la iniciativa privada y de la sociedad en su conjunto, para que los efectos negativos se minimicen, y el desempeño escolar y la productividad laboral mejoren y no afecten a los grupos más desprotegidos y a los de mayor vulnerabilidad social, a través de los tres pilares que integran la Estrategia, la Salud Pública, la Atención Médica así como la Regulación Sanitaria y la Política Fiscal.

El desarrollo social del estado, depende invariablemente de la salud de sus individuos, en este

sentido y dadas las tendencias elevadas en la morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus consecuencias finales, no solo en la salud física sino en el ataque fragante al entorno familiar y a las repercusiones económicas para los sistemas de salud, ha motivado que el gobierno y la sociedad se reagrupen para hacer frente a éstas enfermedades.

En respuesta a este llamado el Gobierno del Estado de Tabasco, a través de la Secretaria de Salud, ha encaminado sus programas en una sola línea de respuesta con el compromiso latente en la disminución de las tendencias primeramente de la morbilidad por sobrepeso, obesidad y diabetes y con ello la disminución de la mortalidad prematura, para alcanzar los mejores resultados, se requiere necesariamente, la suma de esfuerzos.

Lic. Juan Antonio Filigrana Castro

Secretario de Salud

2. Introducción

México presenta un panorama epidemiológico de enfermedades no transmisibles, cuya dimensión está basado en las tasas de morbilidad, mortalidad y en encuestas nacionales de salud, que nos obligan a actuar sobre sus causas y factores determinantes económicos y sociales, tales como estilos de vida, sedentadismo, alimentación inadecuada, consumo de alcohol y otras drogas e insuficiente cultura de la prevención y del autocuidado.

Destacan en los tres primeros lugares de mortalidad general la diabetes, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares, agregándose en quinto lugar las enfermedades hipertensivas todas ellas, con un denominador común un deterioro de la circulación sanguínea que en etapas terminales concluye con trombosis, embolia, insuficiencia renal e infartos cerebrales y de miocardio, este proceso fisiopatogénico se produce de manera acelerada por la concurrencia de dislipidemias, sobrepeso y obesidad, hipertensión y alta ingesta de grasas saturadas, dietas con preeminencia de carbohidratos y alto consumo de sodio. Todo lo anterior nos permite observar: graves daños a la salud, altos costos económicos, años de vida perdidos y una mala calidad de vida.

“La Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes” presentada el 31 de Octubre del 2013 por el Presidente de la República Lic. Enrique Peña Nieto, en la que exhorta a los gobiernos estatales en instrumentar una estrategia que aborden los determinantes de la salud y que reúnan los distintos actores como es el sector público, la iniciativa privada y la sociedad civil, se crea la presente **Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes**.

En concordancia con el propio Plan Estatal de Salud en el objetivo 4.1 que establece incrementar la promoción de la salud, la detección oportuna, así como el seguimiento y control de enfermedades para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida, enfatizando en la cultura de prevención, todo lo anterior, fundamenta la presente estrategia y se convierte en un programa de alta prioridad de interés estratégico y público; por tal razón, se asume en todas las políticas públicas y como política de estado.

Para alcanzar logros significativos es indispensable la participación de todo el sector, las instituciones y la sociedad en conjunto, este documento contiene lineamientos y acciones que serán puestos en marcha por la subsecretaría de salud pública, a través, de las direcciones de programas preventivos, protección contra riesgos sanitarios, laboratorio estatal de salud pública, dirección de salud mental, las coordinaciones de epidemiología, promoción de la

salud y la coordinación estatal de diabetes. Así mismo, con la colaboración de la dirección de calidad y educación en salud, la subsecretaría de servicios de salud y sus componentes de atención médica en primero, segundo y tercer nivel.

Los esfuerzos y programas aislados limitan la potencialidad de sus efectos, por esta razón, se necesita la integración del sector, las instituciones públicas y privadas a las acciones propuestas por la Secretaría de Salud. Así como, la estrecha colaboración entre la federación, el estado y municipio.

Esta propuesta pretende la reducción de la velocidad en el crecimiento del sobrepeso y la obesidad y están enfocadas a los diferentes grupos de edades y sexo. Los trabajos a realizar incluyen los entornos escolares, laborales y familiares; la recuperación de espacios físicos para la realización de la actividad física; así mismo, el control de la diabetes como prioridad para reducir complicaciones, discapacidades prematuras y gastos a los servicios de salud.

Para el logro de los objetivos previstos en la estrategia, son necesarios los recursos humanos debidamente capacitados para llevar a cabo la prevención, promoción, protección y atención de calidad, de la misma manera es indispensable la infraestructura instalada de equipos de laboratorio, informática e insumos como materiales, medicamentos y reactivos para el diagnóstico y tratamiento oportunos.

La complejidad de las determinantes sociales y la magnitud del problema exigen una amplia socialización, concientización, participación y trabajo sistemático, de amplia cobertura y penetración en todos los niveles sociales.

Se han definido tres pilares básicos de esta estrategia:

La Salud Pública es el primer pilar; se 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.

La Atención Médica es el segundo pilar; con él se trata de garantizar el acceso efectivo a 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.

La Regulación Sanitaria y la Política Fiscal es el tercer pilar; se busca generar respuestas efectivas ante el panorama de las enfermedades no transmisibles, que satisfagan la demanda social de regular el etiquetado y la publicidad de alimentos y bebidas, de manera particular la dirigida al público infantil; además de sugerir políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional.

Si esta estrategia alcanza sus objetivos como se espera, se construirá un mejor escenario de salud y bienestar para las actuales y futuras generaciones, emulando así, a quienes en el pasado lograron desarrollar la ciencia y la cultura que permitió el aumento de la esperanza de vida y más saludable.

Dr. Esmelin Trinidad Vázquez
Subsecretario de Salud Pública.

3. 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.¹ 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.²

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%).³

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.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa, el indicador más común que se utiliza para identificar el exceso de peso es el índice de masa corporal (IMC), y clasifica como sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 y la obesidad cuando éste es igual o superior a 30.⁴

Por otro lado, según consideraciones de la OMS, el 44% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.⁴ También relacionadas a esta problemática se encuentran la hipertensión arterial, las dislipidemias, la enfermedad coronaria, la enfermedad vascular cerebral, la osteoartritis y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón.

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que aparece cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La carga de morbilidad de la diabetes está aumentando en todo el mundo, y en particular en los países en desarrollo. Las causas son complejas, pero en gran parte están relacionadas con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física.⁴

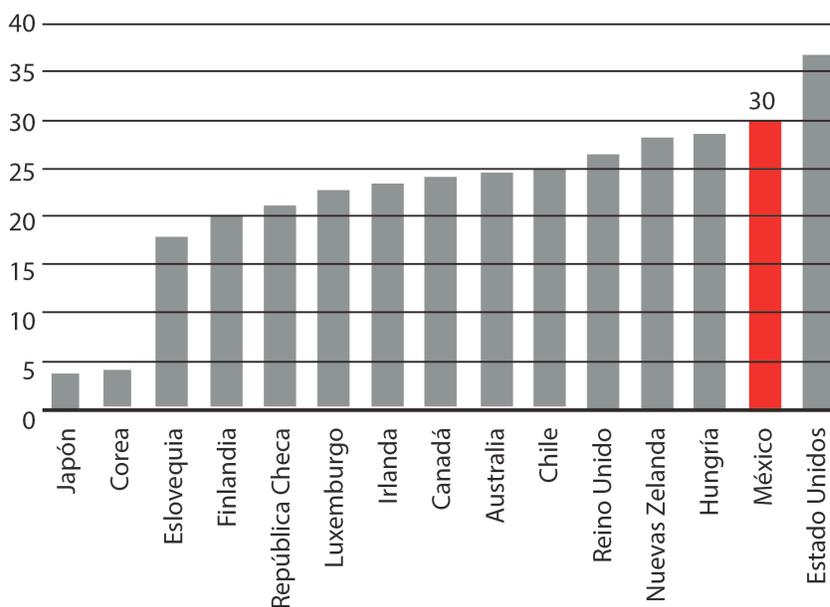
Panorama Mundial

De acuerdo con los datos de la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad se estima que aproximadamente mil millones de adultos tienen actualmente sobrepeso y otros 475 millones son obesos.⁵ La mayor cifra de prevalencia de sobrepeso y obesidad se registró en la Región de las Américas (sobrepeso: 62% en ambos sexos; obesidad: 26%) y las más bajas, en la Región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14% en ambos sexos; obesidad: 3%).⁶

Cada año mueren en el mundo 2.8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad. Ambos factores pueden ejercer efectos metabólicos adversos sobre la presión arterial y las concentraciones de colesterol y triglicéridos, y causar diabetes. Por consiguiente, el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes mellitus tipo 2 y diversas formas de cáncer⁴

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

Porcentaje de población adulta con obesidad, países OCDE 2010



Fuente: OCDE Health Data 2012

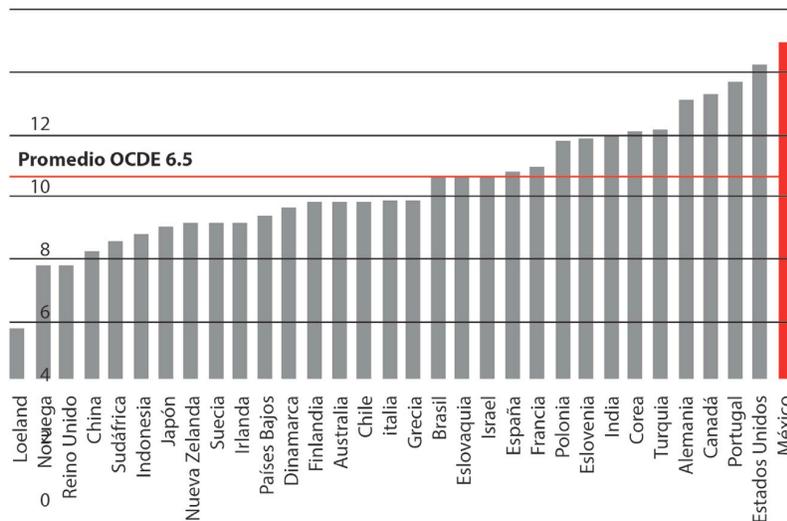
En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2004 fallecieron 3.4 millones de personas por esta causa. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años y un 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se dupliquen entre 2005 y 2030. La dieta correcta, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y el evitar el consumo de tabaco pueden prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2.⁴

Es un hecho que la diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC). La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y en última instancia de amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufre un deterioro grave de la visión. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Entre un 10 y 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa.⁴

La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.

En nuestro país este problema presenta una dimensión más crítica, toda vez que la OCDE ubica a México en el primer lugar en la prevalencia de diabetes mellitus en la población de entre 20 y 79 años.⁸

**Prevalencia de diabetes mellitus en población adulta entre 20 y 79 años de edad.
Países de la OCDE 2012**



Fuente: Health at a Glance 2011: OECD Indicators

Panorama en México

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

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

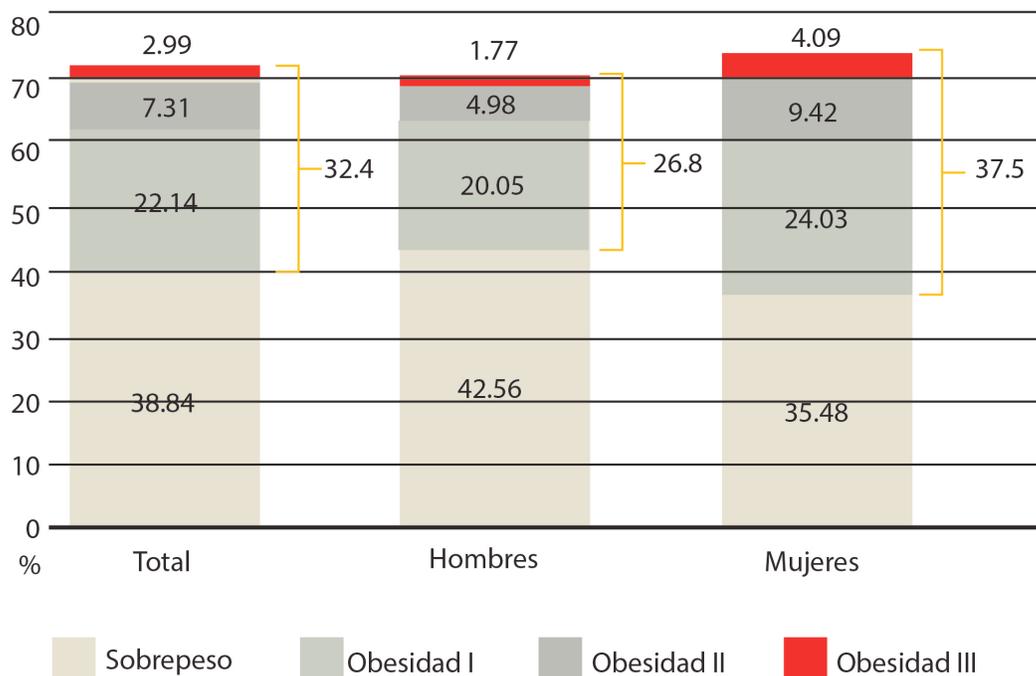
Las tendencias respecto al IMC mostraron que en mujeres de 20 a 49 años de edad, en el periodo de 1988 a 2006, la prevalencia de sobrepeso incrementó 41.2% y la de obesidad 270.5%. En cuanto a los hombres, en el periodo comprendido entre 2000 y 2012, la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad se incrementó 38.1%. Si unimos sobrepeso y obesidad, la prevalencia se incrementó 14.3% entre el 2000 y el 2012.⁹

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 nacional.⁹

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 2012.⁹

Sobrepeso y obesidad en México ENSANUT 2012



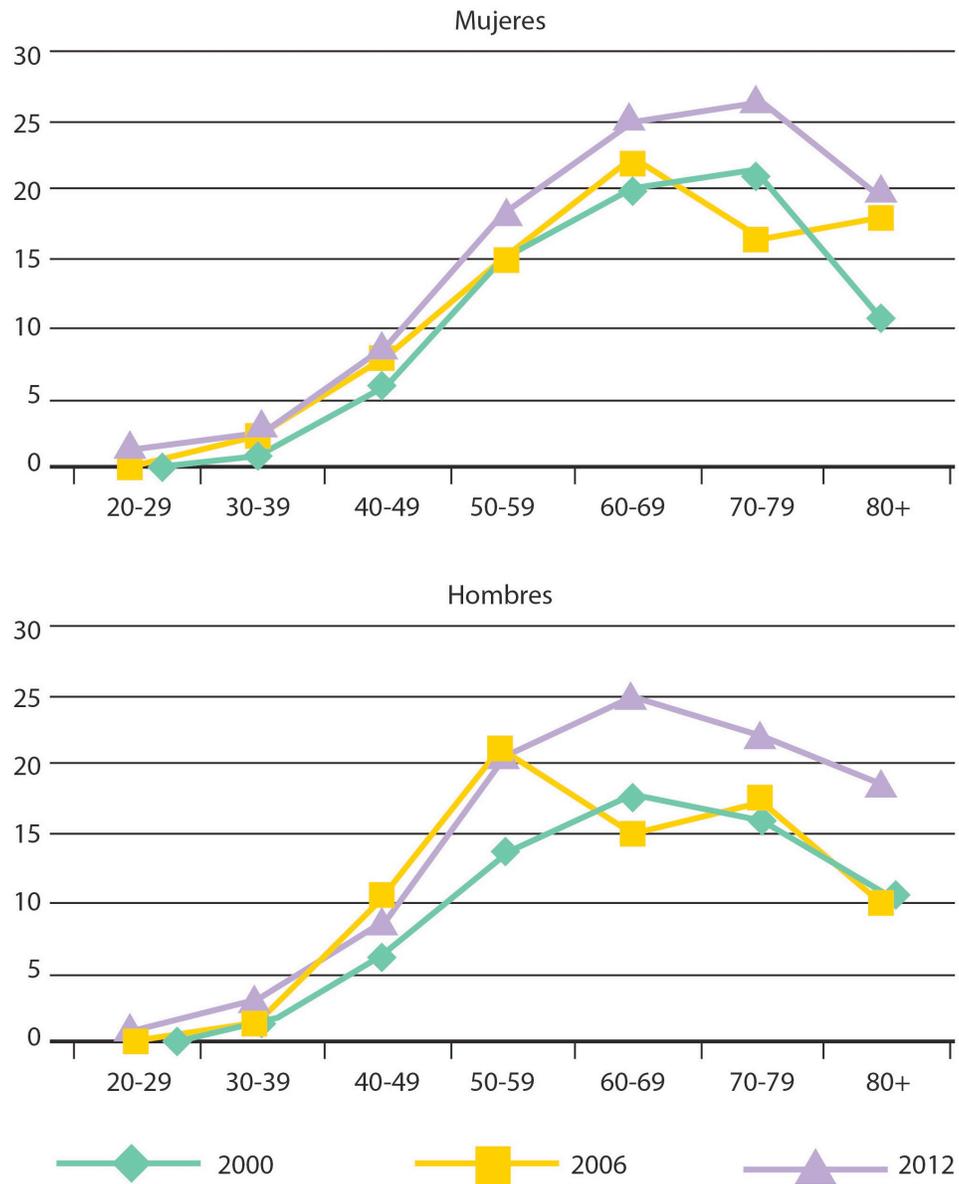
Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

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%.

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%)”.⁹

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

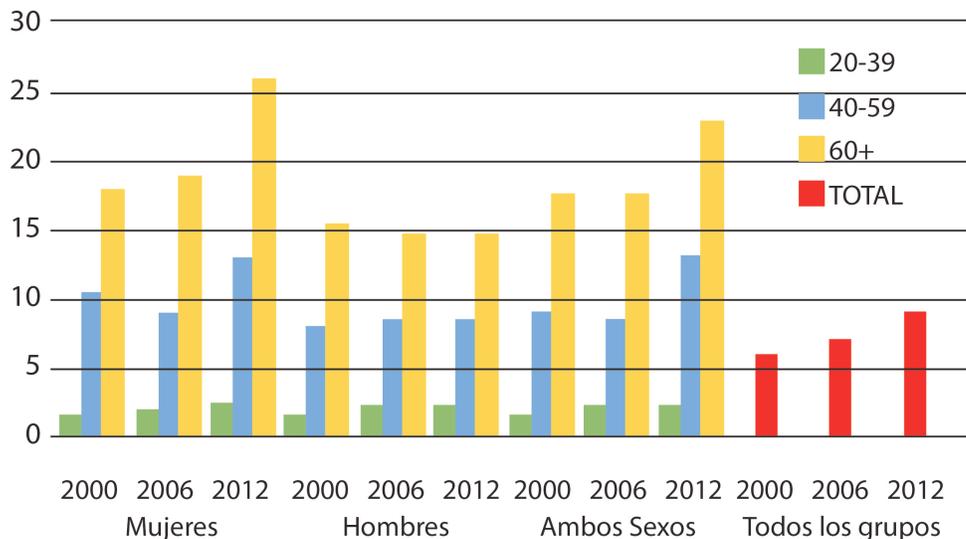
Prevalencia histórica de Diabetes Mellitus tipo 2 desagregada por sexo y edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

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

Prevalencia histórica de Diabetes Mellitus tipo 2 por grupos por sexo y edad



Fuente: Encuesta 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 cerebro vascular, 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 obesidad.¹⁰

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 discapacidad¹⁰, 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 obesidad, 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 año.¹¹

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-efectivas.¹¹

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.

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 población.¹²

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.

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%.¹²

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 néctares.¹³

De acuerdo con un estudio realizado en escuelas primarias de la Ciudad de México¹⁴, 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 deporte.¹⁵

A partir de los resultados de actividad física y sedentarismo de la ENSANUT 2012, se estima que 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años no refieren haber realizado alguna actividad física organizada (participación en deportes organizados) durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, 38.9% realizó una o dos actividades y 2.5% más de tres actividades; la actividad más frecuente para este grupo de edad es el fútbol. De acuerdo con la clasificación de la OMS, en México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos. Por otro lado se estimó que en adultos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente 47.3% en los últimos seis años (2006-2012).⁹

La urbanización junto con los cambios sociales, tecnológicos y económicos ocurridos en el país en las últimas décadas ha implicado modificaciones importantes en los patrones de actividad física en el entorno laboral y en los momentos de esparcimiento. 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 2010.⁹

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 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 sanguínea.¹⁶ En México, el 23.7% de los adultos mayores de 20 años se somete a una prueba de glucosa en sangre al año.⁹

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%.

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%).¹⁹

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 obesidad.

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 discapacidad, 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 obesidad, 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 año.

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-efectivas.

Regulación Sanitaria

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

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

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 autoregulación, impulsado por la industria europea de alimentos y bebidas:

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 menos 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 nutricional en el etiquetado trasero:

PAÍS	Panel nutricional trasero	Etiquetado frontal	GDA'S	Semáforo
EUA	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
UE		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Canadá		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
España	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Australia	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Colombia		<input checked="" type="checkbox"/>		
Chile				
México	<input checked="" type="checkbox"/>			

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

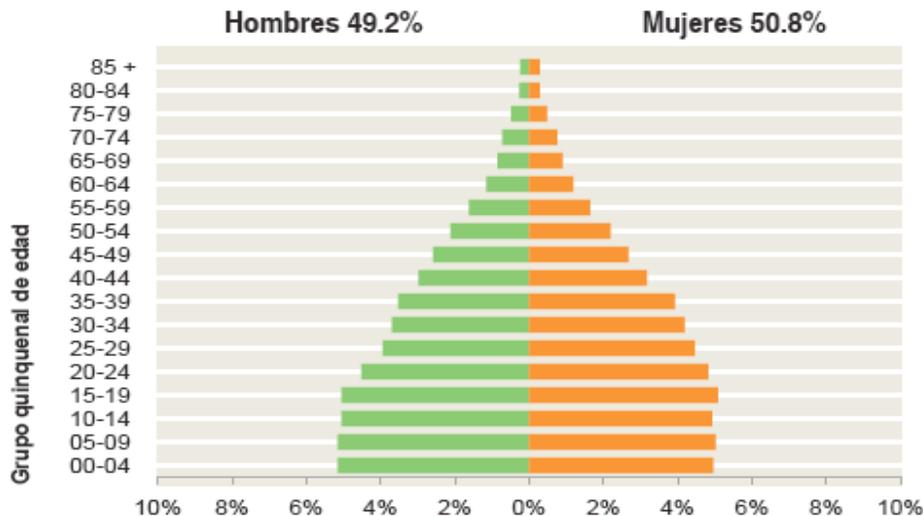
Panorama Tabasco

Tabasco cuenta con una regionalización y Ordenamiento Territorial. Esta regionalización divide el territorio de Tabasco, de acuerdo con las condiciones geográficas, ecológicas y socioeconómicas, así como el desarrollo urbano, en dos grandes regiones: Grijalva y Usumacinta, las cuales cuentan con cinco subregiones en total; dentro de ellas se agrupan 17 municipios.



Según los datos que arrojó el II Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con fecha censal del 12 de junio de 2010, el estado de Tabasco contaba hasta ese año con un total de 2 238 603 habitantes, de dicha cantidad, 1 100 758 hombres y 1 137 845 eran mujeres. La tasa de crecimiento anual para la entidad durante el período 2005-2010 fue del 2.4. Lo que representa el 2.0% de la población nacional. En la relación mujer-hombre existen 103 mujeres, por cada 100 hombres, Tabasco puede considerarse un estado joven, pues el 28.7% de su población se encuentra en edades entre los 15 y 29 años. Sin embargo, a largo plazo, debido al efecto de los cambios demográficos la población tenderá al envejecimiento. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2010.²⁰

Pirámide poblacional



Para el año 2013, la tasa de natalidad es de 19.3 nacimientos por cada mil habitantes al año, ligeramente superior a la tasa nacional; colocándose Tabasco en el noveno lugar nacional en este rubro.

En el año 2013, la esperanza de vida de los tabasqueños en promedio fue de 74.43 años, en hombres fue de 71.61 y para las mujeres fue de 77.38.

Los cambios en el estilo de vida de la población han contribuido a que las enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares constituyan actualmente una de las principales preocupaciones para las autoridades de salud a nivel mundial, nacional y estatal.

La falta de actividad física relacionado con el tipo de trabajo en el área urbana más sedentarismo, el consumo de tabaco y una dieta poco saludable con ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes, han propiciado que las personas sin importar su condición social o económica, presenten cambios fisiológicos que los llevarán a padecer una o varias enfermedades denominadas “del progreso”.

El estado nutricional de las y los Tabasqueños ha sido analizado sistemáticamente a lo largo de varias décadas por medio de diferentes encuestas de salud y nutrición, los datos más reciente presentados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) identifica diversos factores de riesgo susceptibles de modificación e intervención dentro de la política pública en salud alimentaria como un medio eficaz para la promoción y prevención de la salud.

La alimentación de los Tabasqueños es variada y extensa gracias a las antiguas recetas mayas y

chontales, a la gran cantidad de vegetales, frutas y animales existentes en la entidad, así como a las plantas o hierbas (achiote, chaya, muste, perejil, epazote, cilantro, chipilín, chile amashito, hoja de plátano o de tó) que le dan delicioso y singular olor, color y sabor a los guisos típicos de la región.

Se caracteriza por la utilización de ingredientes y especies propios del estado y que son difíciles de encontrar en las mesas de otros estados del país, incluso en las regiones colindantes. En el acervo culinario tabasqueño destacan recetas como las de tortuga en sangre, tortuga en verde, iguana al chirmol, pejelagarto asado, tamales de chipilín y la bebida popular más conocida: el pozol, hecho a base de masa de maíz y cacao; el cual es, a pesar de ser una bebida, la base de la alimentación de los Tabasqueños. Pozol con cacao, chorote, pozol blanco, o sea sin cacao, se puede beber fresco (recién molido).

El uso de los recursos en los hogares se ha utilizado como un indicador general de bienestar; datos de la ENSANUT 2012 en Tabasco, los hogares informaron destinar 56.9% del gasto total a la compra de alimentos, porcentaje mayor al informado para el país, en promedio, de 54.1%. En términos del gasto en salud, frente a un promedio nacional de 4.2%, la cifra informada por los hogares en el estado fue mayor, al llegar a 5.0%.

Para generar un indicador cercano a la estimación de pobreza multidimensional propuesto por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, la ENSANUT 2012 incluyó la mayor parte de los temas que considera este indicador, en Tabasco, la estimación indica que 49.9% de los individuos vivía en condiciones de pobreza de acuerdo con el indicador multidimensional, cifra ligeramente superior al 49.0% estimado para el país. De los indicadores de carencias sociales, la aproximación estimada de la falta de acceso a la seguridad social fue la carencia más prevalente en la población de la entidad, que llega a 72.9%. Por lo que se refiere a la carencia de acceso a servicios de salud, la ENSANUT 2012 identificó a 17.9%

En el ámbito estatal, la prevalencia de inseguridad alimentaria, en cualquiera de sus categorías, fue de 79.4%: 30.3% en inseguridad leve, 25.0% en inseguridad moderada y 24.1% en inseguridad severa. Al aplicar factores de expansión, al desagregar la información por área de residencia, se observó una tendencia hacia mayores prevalencias de hogares en inseguridad alimentaria en las áreas rurales (85.1%: 29.2% en inseguridad leve, 24.6% en moderada y 31.3% en severa) en contraste con las áreas urbanas (75.6%: 31.2% en inseguridad leve, 25.2% en moderada y 19.2% en severa).

En Tabasco, la práctica de la lactancia materna se ha deteriorado en los últimos años en contraparte el mejoramiento de la práctica de la alimentación complementaria, la ENSANUT 2012 muestra que en Tabasco las prácticas de la lactancia están muy por debajo de las recomendaciones de la OMS.

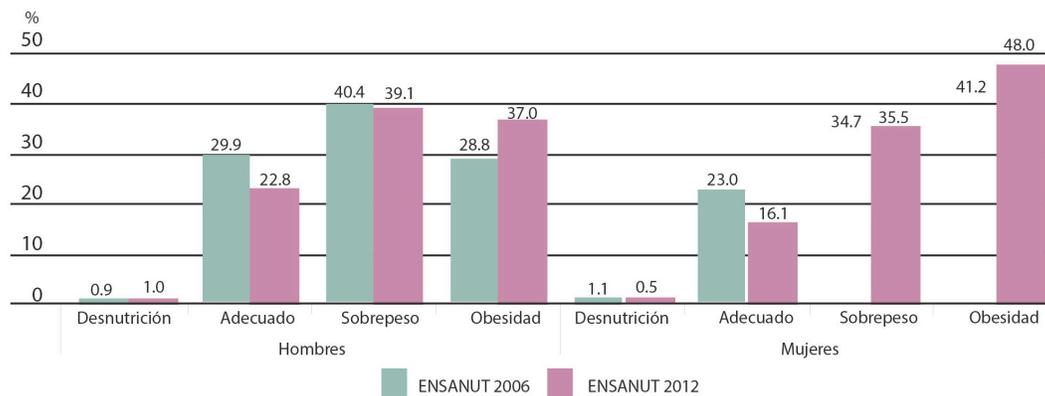
Los resultados de las prácticas de alimentación infantil en 2012 mostraron que en Tabasco 41.9% de los recién nacidos tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna (durante la primera hora del nacimiento). La prevalencia de niños alguna vez amamantados fue de 87.3 y 94.4% para 2006 y 2012, respectivamente. La prevalencia de lactancia continua al año fue 35.5% para 2012, mientras que la del ámbito nacional fue 35.5%. La lactancia adecuada en 2006 en niños de 0 a 11 meses fue

de 21.8% y para 2012 fue 22.9%. En los niños de 12 a 23 meses fue de 31.8%; las cifras nacionales para 2012 fueron 29.4% para niños de 0-11 meses y 23.8% para los de 12 a 23 meses. El uso del biberón se registró en poco más de la mitad de los niños menores de 24 meses en 2012.

En cuanto a la alimentación complementaria, 51.2% de los niños entre 6 y 11 meses en Tabasco consumieron alimentos ricos en hierro en 2006 y 68.1% en 2012; los valores en el ámbito nacional fueron 50.5 y 55.9%, respectivamente. Para niños de 12 a 23 meses en 2012, los valores de Tabasco llegaron a 76.0%. la diversidad alimentaria mínima en Tabasco llegó a 78.5% en los niños de 12 a 23 meses, mientras que la del país fue 86.7%. Aunada a la insatisfactoria diversidad alimentaria, 49.9% de los niños en Tabasco consumió una dieta con la frecuencia mínima recomendada en 2012; en contraste con 60.3% que lo hizo en el ámbito nacional.

Los cambios que se observan ante la presencia de estos factores son la elevación de la tensión arterial, de los niveles de glucosa, lípidos, todo esto acompañado de sobrepeso y obesidad.

Comparación del estado Nutricio de Hombres y Mujeres de 20 años o más, de acuerdo con la Clasificación del Índice de Masa Corporal* Tabasco. Mexico, ENSANUT 2006 Y 2012.



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

Fuente: Encuesta en salud y nutrición (ENSANUT), 2012.

Por otro lado, al hablar sobre uno de los determinantes para el sobrepeso y obesidad como es la realización de actividad física, los resultados muestran según la clasificación de la OMS, que el 21.1% eran inactivos, el 9.5% moderadamente activos y el 69.3% activos. Del total de los adultos encuestados, el 60.3% informó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, el 25.2% reportó pasar entre 2 y 4 horas diarias y el 14.4% cuatro o más horas diarias. Al comparar éstos datos con cifras nacionales, Tabasco se encuentra por arriba de la media nacional, al tener mayor población adulta que pasa más de dos horas frente al televisor en comparación con 51.4% del ámbito nacional.⁹

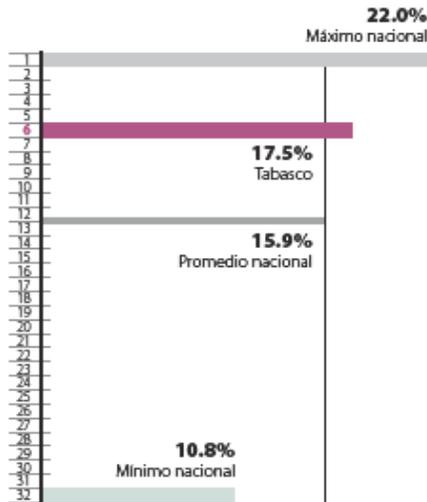
En relación a la detección de las enfermedades no transmisibles, las cuales permiten evitar la presencia de la enfermedad e incluso disminuir la presencia de las complicaciones, en cuanto a la detección de la diabetes mellitus e hipertensión arterial en adultos de 20 años o más, 22.5 y 31.6% respectivamente acudieron a realizarse la prueba en el año previo al levantamiento de la encuesta; para el caso de la medición de triglicéridos y de colesterol alto un 27.9% y un 23.8% para la detección de sobrepeso y obesidad.

En comparación con registros de la ENSANUT 2006, en la prueba de la detección de la diabetes en hombres hubo una tendencia al aumento en los grupos de mayor edad; al igual que en las mujeres, al pasar de 14.7% en 2006 a 23.1% en el 2012. En las mediciones de tensión arterial existió una tendencia de mayor prueba de detección tanto en mujeres como en hombres, aunque el incremento no fue tan significativo.

Al comparar los resultados de la ENSANUT 2012, con los hallazgos nacionales, Tabasco se ubicó arriba del promedio nacional en la detección de hipertensión arterial (Tabasco 31.6%, promedio nacional 29.4%), y debajo de la media nacional para la prueba de diabetes (Tabasco 22.5%, promedio nacional 26.2%).

De acuerdo a las prevalencias por diagnóstico médico previo en personas de 20 años y más en Hipertensión arterial en el Estado de Tabasco, fue de 17.5%, la cual aumentó en 16.7% respecto a la prevalencia reportada en la ENSANUT 2006 (15.0%). La prevalencia en mujeres fue de 20.6% y 14.1% en hombres, con una razón mujer: hombre de 1:07. Tanto en hombres como en mujeres, se observó el incremento en la prevalencia a partir de los 40 años (20.8% en hombres y 33.3% en mujeres) que aumentó considerablemente en el grupo de 60 años o más (32.8% en hombres y 47.3% en mujeres); por todo lo anterior se concluye que se incrementó 8.2 veces la prevalencia de hipertensión en la población de 60 años y más hombres en relación a la población de 20 a 39 años, mientras que en las mujeres en ése mismo grupo de edad se incrementó 6.8%. En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en el estado de Tabasco se ubicó arriba de la media nacional (15.9%).

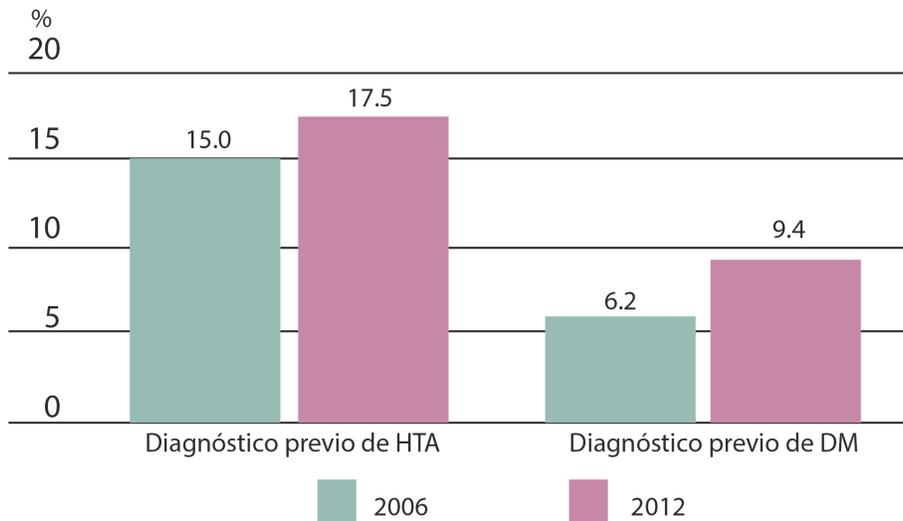
**Prevalencia de diagnóstico médico previo de hipertensión arterial.
Tabasco, México, ENSANUT 2012**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Tabasco, 2012.

La prevalencia de diabetes por diagnóstico previo, en personas de 20 años y más fue de 9.4% mayor en la reportada en la ENSANUT 2006 (6.2%). Esta prevalencia fue menor en mujeres (8.2% que en hombres (10.7%) con una razón de mujer:hombre de 1:3. Dicha prevalencia se incrementó con la edad, en los grupos de 40 a 59 años de edad 18.7 % en hombres y 15.5% en mujeres; en los grupos de 60 años y más 18.5% en hombres y 18.3% en mujeres. La prevalencia por diagnóstico médico previo se ubicó por arriba de la media nacional.

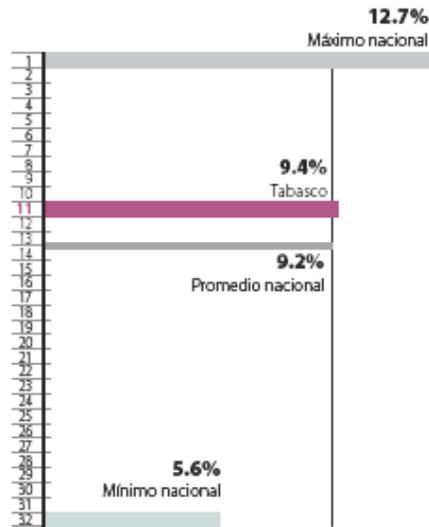
**Prevalencia de HTA y DM por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más
Tabasco, ENSANUT 2006 y 2012**



HTA: Hipertensión arterial
DM: Diabetes mellitus

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Tabasco, 2012.

**Prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes.
Tabasco, México, ENSANUT 2012**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Tabasco, 2012.

De la población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes, en los últimos 12 meses sólo al 5% se les hizo una medición de hemoglobina glucosilada; con mayor prevalencia en su realización a la mujer en relación al hombre 6.3 y 3.9% respectivamente, con una razón mujer-hombre de 2:1. En relación con la edad, del grupo de 40 a 59 años se les realizó la prueba a 6.4% de los hombres con diagnóstico médico previo de diabetes y sólo a 1.4% de las mujeres en ese mismo grupo de edad. Evidentemente, es necesario incrementar las mediciones de hemoglobinas glucosiladas para determinar el control metabólico de la enfermedad

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 Tabasco, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20---39	1.6	18.5	1.4	23.0	3	20.3
40---59	0.6	1.4	2.3	6.4	2.9	3.6
60 o más	0.4	2.7	0	0.0	0.4	1.3
Total	2.7	3.9	3.7	6.3	6.4	5

*Frecuencia en miles

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Tabasco, 2012.

En relación a las mediciones de microalbuminuria, en la población de 20 años o más fue de 2.8%. Y a los que se realizó una revisión de pie en los últimos 12 meses con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 8.3%; por sexo, al hombre se les realizó en un 9.4% y a la mujer 7.1%, en razón de hombre-mujer 2:1. De acuerdo al grupo de edad, a las mujeres del grupo de 60 años o más fue de 16.5%, seguido por el grupo de 40 a 59 años (3.8%); en el caso de los hombres, en el grupo de 60 años o más la prevalencia fue de 11.2% seguido del grupo de 40 a 59 años 10.7%. Es importante mencionar que no se reportó en el grupo de 20 a 39 años de edad, la revisión de pie como medida preventiva, y muy baja la prevalencia en todos los grupos de edad.

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 Tabasco, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20---39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40---59	4.7	10.7	1.3	3.8	6	7.6
60 o más	1.9	11.2	2.8	16.5	4.7	13.8
Total	6.5	9.4	4.1	7.1	10.7	8.3

*Frecuencia en miles

Respecto a la realización de la prueba de determinación de colesterol, el 58 % de la población refirió que si se le realizó la prueba, un 58.5% en mujeres y un 57.4% en hombres. Del total de la población el 19.6% reportó haber tenido un resultado de colesterol elevado; en el grupo de edad de 40 a 59 años el 29.2% y en el grupo de edad de 60 años o más un 27.8%.

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

Grupo de edad	Hombres						Mujeres						Total					
	Sí, normal		Sí, alto		No		Sí, normal		Sí, alto		No		Sí, normal		Sí, alto		No	
	Frec.*	%	Frec.*	%	Frec*	%	Frec*	%	Frec*	%	Frec*	%	Frec*	%	Frec*	%	Frec*	%
20---39	104.4	32.1	43.5	13.4	174.1	53.5	153.5	38.8	39.3	9.9	202.9	51.2	257.9	35.8	82.8	11.5	397.9	523
40---59	92.4	39.5	74.1	31.7	66.7	28.5	97.4	42.4	60.9	26.5	69.8	30.4	189.7	41	135	29.2	136.5	295
60---más	39.3	43.4	19.4	21.5	31.0	34.2	38.1	40.9	31.6	33.9	22.9	24.5	774	42.1	51.1	27.8	53.9	293
Total	236.0	36.3	137.1	21.1	271.8	41.8	289.0	40.2	131.8	18.3	295.6	41.1	525.1	38.4	268.9	19.7	567.3	415

*Frecuencia en miles

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Tabasco, 2012.

En el Estado de Tabasco se ha trabajado en materia de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes Mellitus, sin embargo la morbilidad y mortalidad se ha incrementado en los últimos años, por lo que la Dirección de Atención Médica y la Dirección de Calidad y Educación en Salud, se han dado a la tarea de capacitar al personal aplicativo del primer nivel de atención, en las normas operacionales: 015 Diabetes Mellitus, 174 Sobrepeso, Obesidad y Guías de Prácticas Clínicas, para redoblar los esfuerzos realizados se fortalece en el manejo y conformación del expediente clínico en este grupo de pacientes.

Derivado de las supervisiones se ha observado el incumplimiento de las normas operacionales, por lo que el compromiso de las dos direcciones antes mencionadas, es continuar trabajando para disminuir la morbilidad en el estado.

La Dirección de Atención Médica, dentro de las estrategias establecidas para el suministro de medicamento, insumos y equipo médico, tiene establecido un cronograma de supervisiones y surtimiento de acuerdo a las necesidades detectadas y manifestadas por los directivos de las unidades del primer nivel de atención.

Morbilidad

Es indispensable señalar los datos epidemiológicos que indican los padecimientos de que enferma el Estado de Tabasco.

Al hacer un análisis de la morbilidad, se observa que son las enfermedades transmisibles las que ocupan las primeras causas, quedando las no transmisibles como la Hipertensión y la Diabetes tipo 2 en el lugar 13vo y 15vo respectivamente para el año 2013, al comparar el comportamiento en los últimos años esto no se ha modificado.

20 Principales Causas de Morbilidad, Tabasco 2010

NOM.	DIAGNÓSTICO	CODIGO CIE10. REVISIÓN	ACUMULADO		SEMANAL	
			TOTAL	TASA ^{***}	TOTAL	TASA ^{***}
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	685,704	33,276.46	10,782	523.24
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09	122,710	5,954.98	1,512	73.38
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	110,226	5,349.15	1,182	57.36
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	36,141	1,753.88	384	18.64
5	Amebiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	20,283	984.31	179	8.69
6	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	19,029	923.46	183	8.88
7	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	18,364	891.18	183	8.88
8	Asma y estado asmático	J45, J46	17,703	859.11	264	12.81
9	Paratifoidea y otras salmonelosis	A01.1-A02	11,769	571.14	70	3.40
10	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	A07.0, A07.2, A07.9	10,968	532.26	127	6.16
11	Conjuntivitis	B30, H10.0	10,864	527.22	139	6.75
12	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	10,021	486.31	58	2.81
13	Hipertensión arterial	I10-I15	9,943	482.52	96	4.66
14	Ascariasis	B77	7,999	388.18	55	2.67
15	Diabetes mellitus no insulinodependiente (Tipo II)	E11-E14	7,720	374.64	67	3.25
16	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	5,919	287.24	110	5.34
17	Escabiosis	B86	4,827	234.25	65	3.15
18	Fiebre tifoidea	A01.0	3,899	189.21	24	1.16
19	Tricomonirosis urogenital	A59.0	3,675	178.34	21	1.02
20	Neumonías y bronconeumonías	J12-J18 excepto J18.2	3,051	148.06	37	1.80
TOTAL 20 PRINCIPALES CAUSAS			1,120,815	54,391.91	15,538	754.04
21	Resto de Diagnósticos		28,123	1,364.78	309	15.00
TOTAL			1,148,938	55,756.69	15,847	769.04

POBLACIÓN PARA EL CÁLCULO DE TASA (2010)
2,060,628

* Información preliminar

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Departamento de Epidemiología.

**Calculada con proyecciones de CONAPO (1998-2010) por 100,000 hbs.

Nota: Sólo incluye casos sospechosos por diagnóstico clínico

20 Principales Causas de Morbilidad, Tabasco 2013

Núm.	Diagnóstico	Acumulado		Semana	
		Total	Tasa**	Total	Tasa**
1	Infecciones respiratorias agudas	555,290	23,794.95	5,927	253.98
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	112,725	4,830.42	1,129	48.38
3	Infección de vías urinarias	108,980	4,669.95	928	39.77
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	30,619	1,312.07	327	14.01
5	Fiebre por dengue	16,168	692.82	2	0.09
6	Otitis media aguda	15,371	658.67	153	6.56
7	Otras helmintiasis	13,655	585.14	76	3.26
8	Amebiasis intestinal	13,166	564.18	54	2.31
9	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	12,844	550.38	53	2.27
10	Asma y estado asmático	9,731	416.99	97	4.16
11	Conjuntivitis	9,603	411.50	79	3.39
12	Paratifoidea y otras salmonelosis	9,577	410.39	56	2.40
13	Hipertensión arterial	9,264	396.98	60	2.57
14	Candidiasis urogenital	9,046	387.63	44	1.89
15	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	7,399	317.06	26	1.11
16	Gingivitis y enfermedades periodontales	5,787	247.98	56	2.40
17	Fiebre tifoidea	4,674	200.29	39	1.67
18	Ascariasis	4,057	173.85	16	0.69
19	Accidentes de transporte en vehículos con motor	3,286	140.81	62	2.66
20	Varicela	2,746	117.67	25	1.07
TOTAL 20 PRINCIPALES CAUSAS		953,988	40,879.72	9,209	394.62
21	Resto de Diagnósticos	33,928	1,453.86	3,003	128.68
TOTAL		987,916	42,333.58	12,212	523.30

Populación para el cálculo de tasa (2013)

2,333,646

* Información preliminar

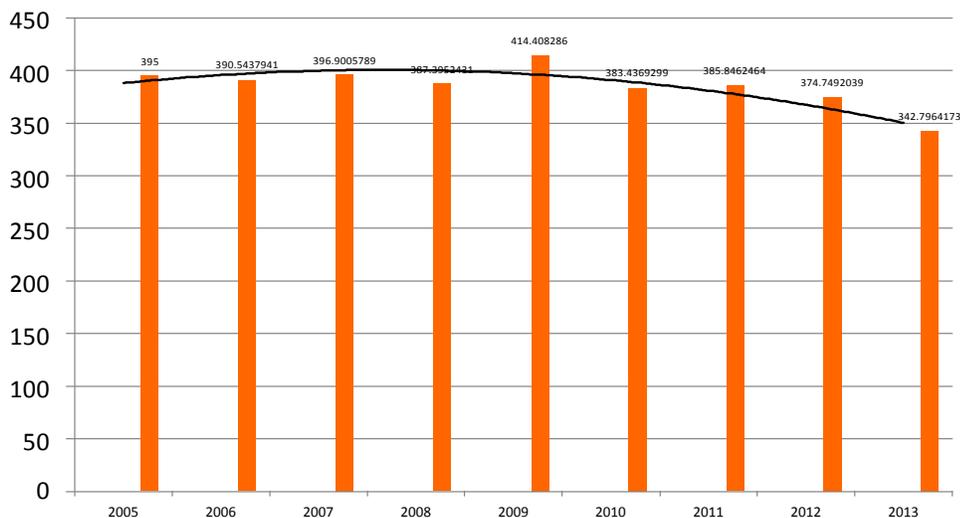
Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Departamento de Epidemiología.

**Calculada con proyecciones de CONAPO (1998-2013) por 100,000 hbs.

Nota: Sólo incluye casos sospechosos por diagnóstico clínico

Aunque no se observan dentro de las 20 principales causas, es de suma importancia analizar el comportamiento que ha mostrado en los últimos años la diabetes mellitus tipo 2, mostrándose un descenso en su tendencia de un 7.95% con tasa de 358.67 en el 2005 y 332.23 en el 2013 tal como se muestra en la grafica siguiente:

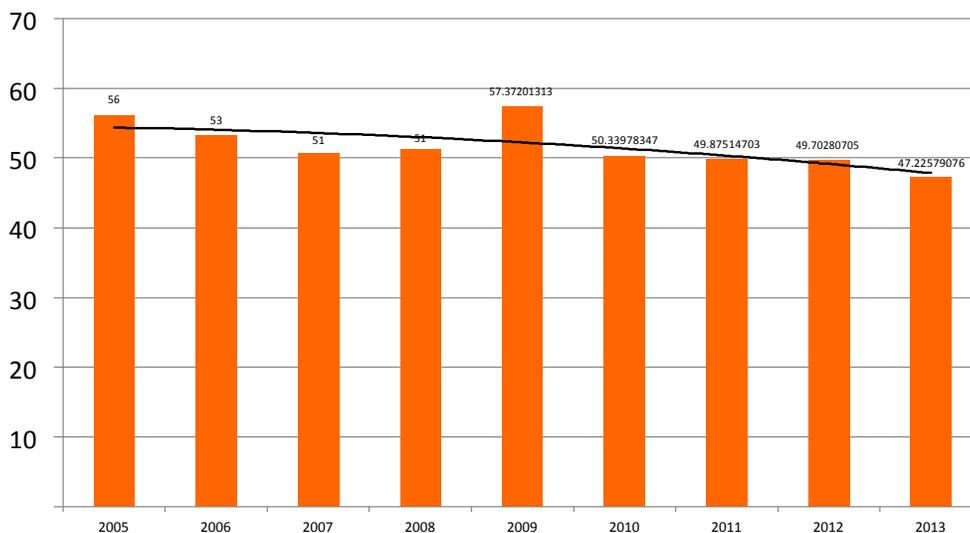
Tasas de Morbilidad por Diabetes Mellitus (Tipo II) de 2005 a 2013 en Tabasco.



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Departamento de Epidemiología.
Calculada con proyecciones de CONAPO por 100,000 hbs. *2013 Preliminar

Las Enfermedades Isquémicas del Corazón, muestra un descenso de un 1.8% en el análisis del 2005 al 2013 con tasa de 34.24 en el 2005 y 32.86 en el 2013.

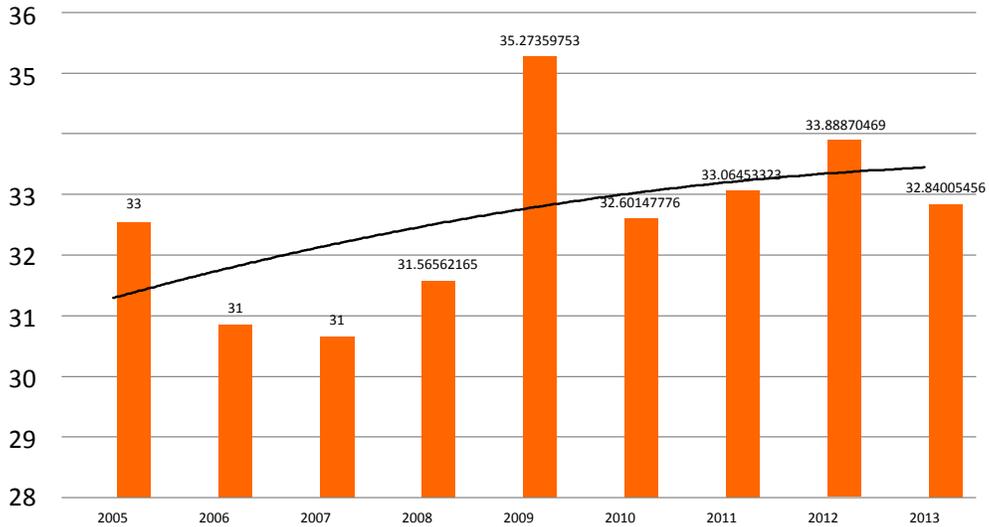
Tasas de incidencia por Enfermedades isquémicas del corazón de 2005 a 2013 en Tabasco.



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Departamento de Epidemiología.
Calculada con proyecciones de CONAPO por 100,000 hbs. *2013 Preliminar

Considerando que es menester analizar, las enfermedades Cerebrovasculares, se analizan en el periodo 2005 al 2013, observándose un descenso de un 11.59% con tasa de 38.58 en el 2005 y 34.57 en el 2013.

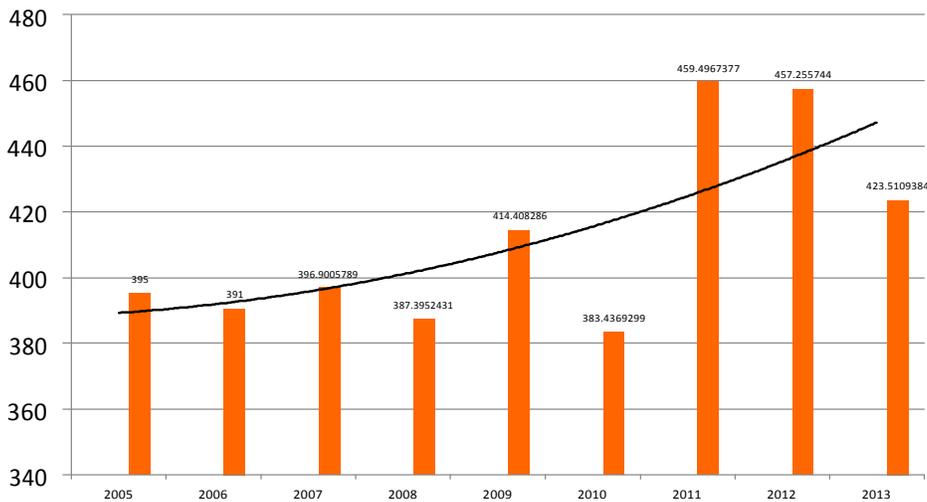
Tasas de incidencia por Enfermedades cerebrovasculares de 2005 a 2013 en Tabasco.



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Departamento de Epidemiología. Calculada con proyecciones de CONAPO por 100,000 hbs. *2013 Preliminar

Al analizar la tendencia que ha mostrado la Hipertensión Arterial, se analiza el comportamiento del 2005 al 2013, mostrando un descenso de un 13.03% con tasa de 453.83 en el 2005 y 401.50 en el 2013.

Tasas de incidencia por Hipertensión Arterial de 2005 a 2013 en Tabasco.



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Departamento de Epidemiología. Calculada con proyecciones de CONAPO por 100,000 hbs. *2013 Preliminar

Datos estadísticos que demuestra que el no realizar intervenciones costo efectivas dirigidas a la población, enfocados a la prevención y promoción, atención médica y regulación sanitaria, en conjunto con los tres órdenes de gobierno, asociaciones civiles, industria, etc., para obtener resultados que impacten en la reducción de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, al intervenir específicamente en los determinantes como alimentación correcta y la realización de actividad física, así como el control de los padecimientos crónicos para disminuir las complicaciones que éstas enfermedades generan.

Mortalidad

En un comparativo del año 2005 al 2013 de las principales causas de mortalidad del Estado, estas Enfermedades no transmisibles y sus correlaciones; ocupan los principales lugares de causa de muerte.

Las causas de defunción relacionadas con la alimentación incorrecta, déficit de estilos de vida saludable son: Diabetes Mellitus, Enfermedades Isquémicas del Corazón, Enfermedades Cerebrovasculares, Enfermedad Hipertensiva, Nefritis y Nefrosis y Desnutrición Calórico Proteica.

20 principales causas de mortalidad comparativa 2005 y 2013

20 principales Causas de Mortalidad 2005 Tabasco			
No.	Diagnóstico	Total	*Tasa de Mortalidad
1	Diabetes mellitus	1,206	60.11
2	Enfermedades isquémicas del corazón	745	37.13
3	Enfermedad cerebrovascular	565	28.16
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	402	20.04
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	311	15.50
6	Enfermedades hipertensivas	280	13.96
7	Asfixia y trauma al nacimiento	255	12.71
8	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	243	12.11
9	Infecciones respiratorias agudas bajas	230	11.46
10	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	191	9.52
11	Nefritis y nefrosis	189	9.42
12	VIH/SIDA	158	7.88
13	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	145	7.23
14	Desnutrición calórico proteica	117	5.83
15	Leucemia	104	5.18
16	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	104	5.18
17	Malformaciones congénitas del corazón	103	5.13
18	Tumor maligno del hígado	96	4.78
19	Agresiones (homicidios)	95	4.74
20	Tumor maligno del estómago	95	4.74
Total 20 Principales Causas		5,634	280.82
Resto de Diagnóstico		3,101	154.56
Total Defunciones		8,735	435.38

Fuente: Cubo del Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones SEED 2005
* Calculada con proyecciones de población de CONAPO (1998-2013), por 100,000 Hbs.

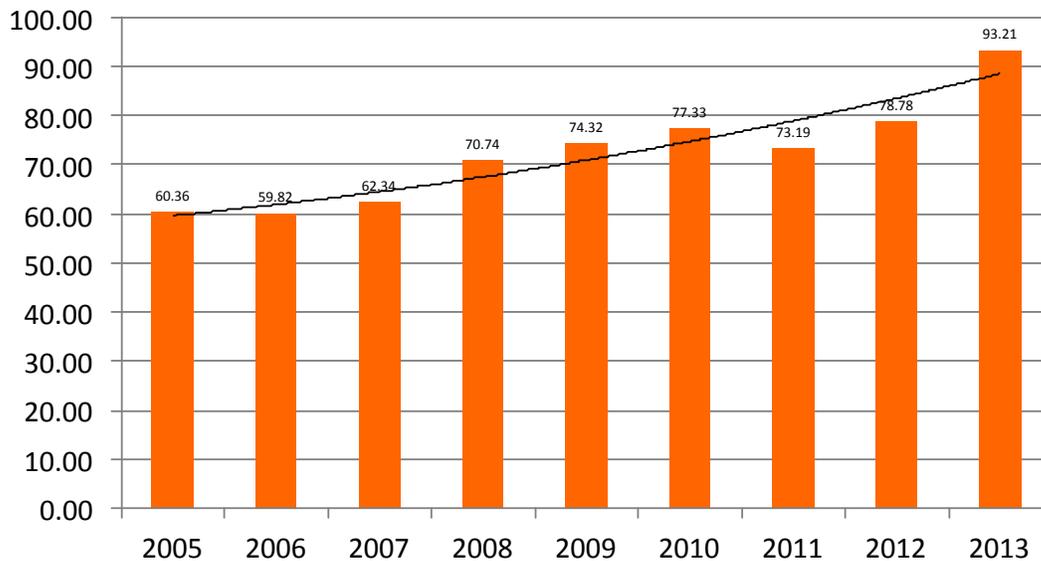
20 principales Causas de Mortalidad 2013 Tabasco			
No.	Diagnóstico	Total	*Tasa de Mortalidad
1	Diabetes mellitus	2,050	84.88
2	Enfermedades isquémicas del corazón	1,114	46.13
3	Enfermedad cerebrovascular	514	21.28
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	456	18.88
5	Enfermedades hipertensivas	453	18.76
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	344	14.24
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	293	12.13
8	Nefritis y nefrosis	292	12.09
9	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	262	10.85
10	VIH/SIDA	220	9.11
11	Asfixia y trauma al nacimiento	217	8.99
12	Agresiones (homicidios)	185	7.66
13	Tumor maligno del hígado	162	6.71
14	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	148	6.13
15	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	142	5.88
16	Desnutrición calórico proteica	126	5.22
17	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	112	4.64
18	Malformaciones congénitas del corazón	111	4.60
19	Tumor maligno de la próstata	106	4.39
20	Tumor maligno del estómago	104	4.31
Total 20 Principales Causas		7,411	306.86
Resto de Diagnóstico		3,378	139.87
Total Defunciones		10,789	446.73

Fuente: Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones SEED 2013 Preliminar Enero - Diciembre preliminar
* Calculada con el conteo 2005 y Censo de Población y Vivienda 2010 INEGI por 100,000 Hbs.

Al realizar el análisis de cada una de estas enfermedades, podemos observar la variación sus Tasas por año del 2005 al 2013

La Mortalidad en el estado de Tabasco por Diabetes Mellitus Tipo 2; en su comparativo 2005 (tasa 60.35) al 2013 (tasa 93.21) por 100,000 habitantes; muestra una línea de tendencia ascendente, con un incremento en tasas de 32.8 puntos.

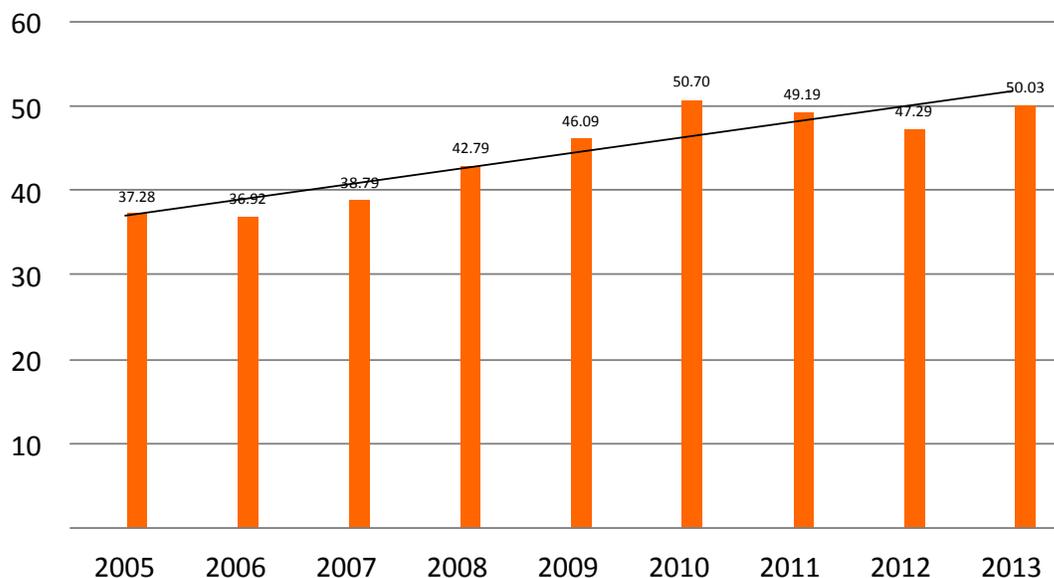
Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus Tipo II 2005-2013 Tabasco



Fuente: Cubo del Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones SEED 2005 - 2013*
Calculada con proyecciones de población de CONAPO (1998-2013) por 100,000 Hbs. *2013 Preliminar

La Mortalidad por Enfermedades Isquémicas del Corazón en el estado de Tabasco; muestra una tendencia ascendente; con una tasa en el 2005 de 37.28 (Tasa por 100,000 habitantes) que para el 2013 fue de 50.03 lo que representa un incremento de 12.75 puntos.

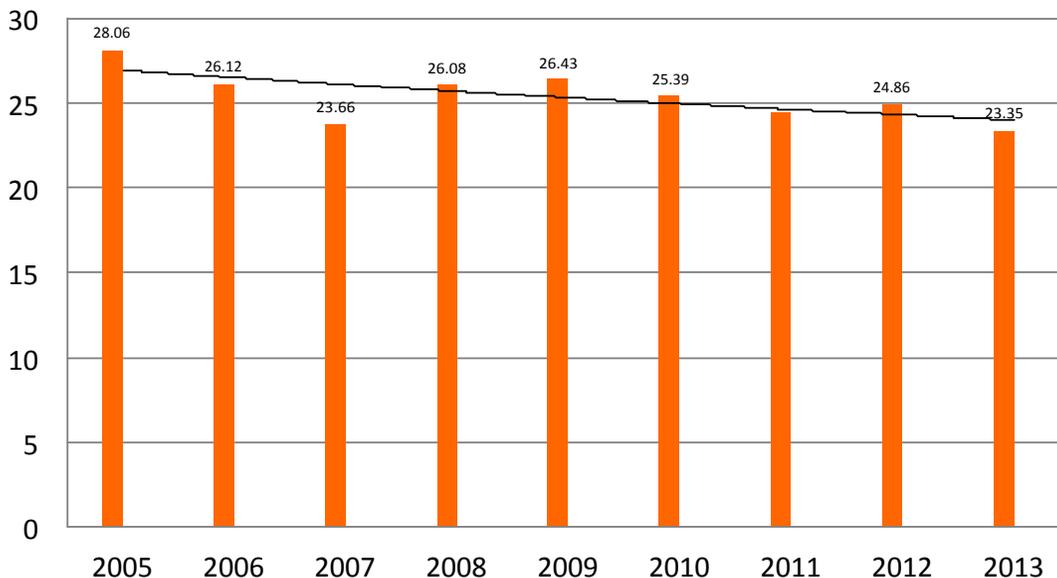
Tasa de Mortalidad por Enfermedades Isquémicas del Corazón 2005-2013 Tabasco



Fuente: Cubo del Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones SEED 2005 - 2013* Calculada con proyecciones de población de CONAPO (1998-2013) por 100,000 Hbs. *2013 Preliminar

La Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares, en el 2005 presento una tasa de 28.06; para el 2013 presento una tasa de 23.35 (tasa por 100,000 habitantes) con un decremento de 4.71 puntos; con una tendencia descendente.

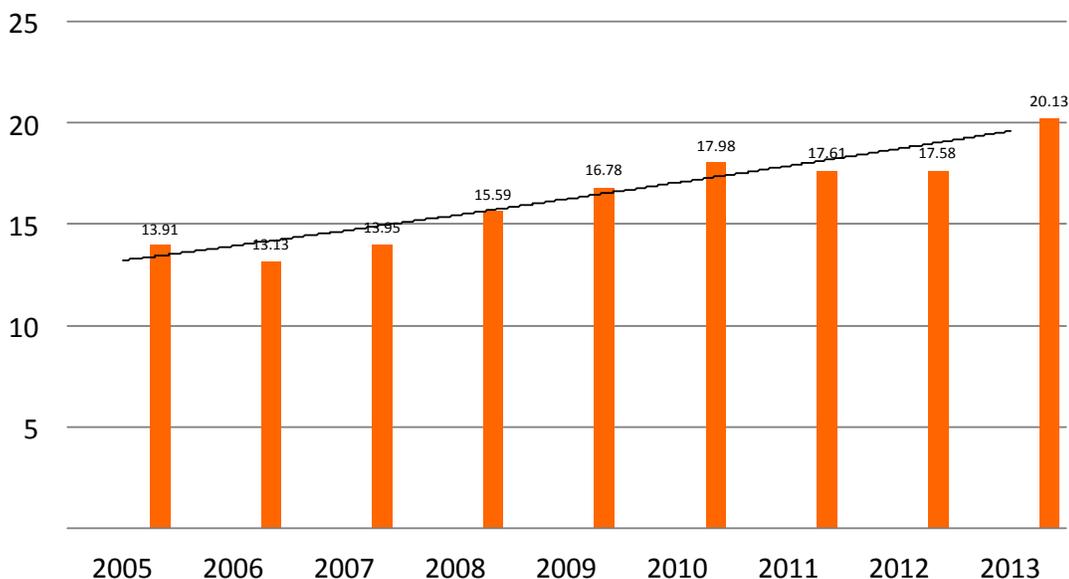
Enfermedades Cerebrovascular



Fuente: Cubo del Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones SEED 2005 - 2013* Calculada con proyecciones de población de CONAPO (1998-2013) por 100,000 Hbs.*2013 Preliminar

La mortalidad por Enfermedades Hipertensivas, muestra una tendencia ascendente; con una tasa en el 2005 de 13.91 que para el 2013 fue de 20.13 (Tasa por 100,000 habitantes) lo que representa un incremento de 6.22 puntos.

Tasa de Mortalidad por Enfermedades Hipertensivas 2005-2013 Tabasco



Fuente: Cubo del Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones SEED 2005 - 2013* Calculada con proyecciones de población de CONAPO (1998-2013) por 100,000 Hbs. *2013 Preliminar

4. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

a) 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 las países de la región, deben considerar la adopción de “medidas concertadas y dar una respuesta coordinada en los planos nacional, regional y mundial para hacer frente adecuadamente a los problemas de desarrollo y de otra índole que plantean las enfermedades no transmisibles, en particular las cuatro enfermedades no transmisibles más destacadas”.
- “Que las enfermedades no transmisibles más destacadas están relacionadas con factores como el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, una dieta malsana, la inactividad física y los carcinógenos ambientales, conscientes de que estos factores de riesgo tienen determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, y destacando a este respecto la necesidad de dar una respuesta multisectorial para luchar contra las enfermedades no transmisibles”.
- 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”¹⁷

b) 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”.

c) 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 el 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, entre otras cosas, con los alimentos, los medios de comunicación, las tecnologías de la información

y la comunicación, los deportes y los seguros de enfermedad, 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”

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

Este documento, emanado de la aprobación del 48 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, realizada en el año 2008, está enmarcado dentro de la respuesta de los países miembros a la epidemia de obesidad y diabetes que afecta a los países de las Américas. En esta resolución se recomienda crear alianzas para involucrar “al sector privado y a la sociedad civil para que los consumidores estén bien informados, las opciones saludables estén disponibles y accesibles con mayor frecuencia y se implementen programas que promueven estilos de vida saludables en los lugares de trabajo”.

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

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

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

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

e) 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 publicó en el año 2012 una Estrategia Regional con el fin de conminar a los países miembros a tomar medidas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. Toda vez que se requiere que los diferentes sectores “establezcan o fortalezcan mecanismos multisectoriales para promover el diálogo y las asociaciones entre los sectores gubernamentales y no gubernamentales pertinentes sobre las enfermedades no transmisibles, sus factores de riesgo

y determinantes”; fortalecer o establecer “sistemas de vigilancia para el monitoreo y la evaluación de las políticas y programas sobre las enfermedades no transmisibles para determinar su eficacia e impacto en la salud y el desarrollo, y para guiar la asignación de recursos”; establecer o fortalecer las “intervenciones para reducir la prevalencia de los factores de riesgo y aumentar la prevalencia de los factores protectores”.

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

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

Antecedentes México

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

a) 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 México.

Dicha estrategia hace hincapié en el hecho de que la prevención de la obesidades 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 saludable.

Ahora bien, al analizar su desarrollo, se encuentran aspectos que limitaron su alcance e impacto. Entre ellos podemos mencionar la ausencia de un marco jurídico que garantizara la puesta en marcha de las acciones planteadas. 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 alcanzados.

b) 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”

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.

c) 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”

d) 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.

e) 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”

f) 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 familiar²⁵

g) Programa PrevenISSSTE

El 15 de octubre del 2010 fue puesto en marcha el Programa PrevenISSSTE que tiene como objetivo empoderar a su derecho-habiente para lograr la regresión del sobrepeso y la obesidad; la detección oportuna del cáncer de mama y servicio 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 embarazadas.

Antecedentes Tabasco

Dentro de las acciones que el Estado de Tabasco a través de la Secretaría de Salud ha implementado para dar respuesta a este importante reto de salud pública, se mencionan los siguientes:

4.3.1 Estrategia Estatal a través de los Centros Integrales en Nutrición (CDIN) en el combate a la Obesidad.

En el estado la Secretaría de Salud, desde abril de 2007, ha promovido iniciativas tendientes a la prevención y atención de este problema, dirigiendo acciones a los grupos de riesgo, como los escolares de educación básica y por ello se da la creación de 23 Centros de Diagnóstico Integral en Nutrición (CDIN). Operando en los Centros de Salud de primer nivel de atención donde la población es atendida por personal profesional de la nutrición (Lic. En Nutrición). Este personal evalúa el proceso alimentario-nutricio de la población a nivel colectivo e individual aplicando la Entrevista Nutricional, Medición Corporal, Adecuación Nutricional, Plan Alimentario, Educación y Orientación Alimentaria en los entornos comunitarios y escolares.

En el entorno Comunitario y Escolar las nutriólogas responsables de los Centros de Diagnóstico Integral en Nutrición (CDIN) realizan las siguientes acciones:

Acciones	Descripcion	Objetivo	Periodicidad
Consulta Nutricional a la comunidad	Toma de peso, talla, índice de masa corporal (IMC)	Para conocer el diagnostico nutricional de la población que acude a la unidad de salud	Mensual
Basal inicial Escolar	Primera toma de peso y talla	Para conocer el estado Nutricional en base a la relación peso/talla.	1 vez al año
Diagnostico Nutricional en Escuelas	Determinar el Diagnostico en base a las gráficas para la valoración del estado nutricional en el menor de 5 años y Tablas de Índice de Masa Corporal para mujeres y hombres de 6 a 19 años de edad	Para canalizarlo a Consulta Nutricional y darle seguimiento a su estado nutricional	2 veces al año
Consulta Nutricional a niños con sobrepeso, obesidad, desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entrevista Nutricional <input type="checkbox"/> Medición corporal <input type="checkbox"/> Adecuación nutricional <input type="checkbox"/> Elaboración de plan alimenticio (sistema de equivalentes y menú semanal) <input type="checkbox"/> Educación nutricional. 	Controlar la enfermedad y otorgar mejor calidad de vida al paciente	Mensual
Orientación Alimentaria comunidad y escuelas	Otorgar pláticas a los menores de 5 años y adolescentes en el entorno escolar (Preescolar, Primaria y Secundaria) Dirigidas a alumnos, y padres de familia, docentes y responsables del consumo de la tienda escolar y mujeres embarazadas, A través del plato de buen comer, Semaforización de alimentos, Promoción del consumo de agua simple potable.	Promover la alimentación adecuada, a mujeres embarazadas, padres de alumnos con obesidad, sobrepeso, desnutrición y Anemia.	4 platicas por cada escuela diagnosticada.
Demostración de menú y muestra gastronómica comunidad y escuela	En la Demostración de menú se realizan control de tamaño y porciones recomendables de alimentos. La Muestra Gastronómica se realiza de acuerdo a la región.		Trimestral
Periódico Mural unidad salud	De manera didáctica y representativa se elaboraran periódicos murales con el fin de mantener a la población informada sobre temas relacionados con la nutrición.		1 semestral

En lo correspondiente a las consultas de nutrición que se brinda a la población que acude a las unidades de salud, durante el periodo 2007 al 2013 se otorgaron 124, 769 consultas en el Estado. Atendiendo a mujeres embarazadas, niños menores de cinco años, adolescentes y adultos con problemas de sobrepeso, obesidad, desnutrición en estas consulta se aplicando una Entrevista Nutricional, Medición Corporal, Adecuación Nutricional, Elaboración del Plan Alimenticio (sistema de equivalentes y menú semanal) y Educación Nutricional de forma individual.

**Total de Consultas de Nutrición Atendidas en los CDIN
en el Estado de Tabasco del 2007 al 2013**

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Consultas	16,032	16,431	16,830	17,229	18,636	17,603	22,008	124,769

Fuente: Formato paralelo de consultas nutricionales del CDIN 2007 -2013

Dentro de las actividades educativas el personal del CDIN elabora sus propios carteles que expone en el centro de salud, para que la población que acuda a la unidad, se mantenga informada en los temas relevantes de la alimentación y la importancia que tiene en cada etapa de la vida. En este periódico mural las nutriólogas describen las características de una dieta correcta, prácticas de higiene y recomendaciones de alimentos nutritivos, selección de menús de bajo costo y preparación de alimentos, esta actividad es una herramienta importante en la atención nutricional. Durante 2007 AL 2013 se elaboraron un total de 572 carteles de nutrición en el estado.

**Total de periódico murales elaborados por personal del CDIN
en el Estado de Tabasco del 2007 al 2013**

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Periódicos Murales	84	80	85	75	70	88	90	572

Fuente: Formatos paralelos de reporte de actividades de los CDIN.

En el apartado de orientación alimentaria las nutriólogas responsables de los CDIN en el estado se apoyan del contenido de la NOM- 043SSA2- 2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. La guía de orientación y la carpeta de apoyo didáctico para la orientación alimentaria. Esta actividad se realiza en las unidades de salud dirigidas pacientes con problemas de sobrepeso, obesidad y desnutrición. En el entorno escolar es para madres y padres de los escolares. En periodo del 2007 al 2013 Se realizaron 2,363 orientaciones alimentarias en el estado

**Total de orientación alimentaria impartidas por personal del CDIN
en el estado de Tabasco del 2007 al 2013**

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Orientación	240	245	246	241	246	575	570	2,363

Fuente: Formatos paralelos de reporte de actividades de los CDIN.

Dentro de las actividades del personal asignado al CDIN, concluyen con las exposiciones y degustación de muestra de menús con los alimentos disponibles en la comunidad, de bajo costo, altamente nutritivo y con las porciones adecuadas de una dieta correcta , estos platillos son elaborados y presentados por pacientes con obesidad, madres y padres de familia esta exposición es dirigida a la comunidad y la población escolar. Durante el periodo comprendido del 2007 al 2013 en el estado de tabasco, se realizaron 594 muestra gastronómicas de alimentos.

**Total de demostración y muestras gastronomicas elaboradas
por personal del CDIN en el estado de Tabasco del 2007 al 2013**

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
80	82	84	81	84	91	92	594

Fuente: Formatos paralelos de reporte de actividades de los CDIN.

Con todas estas acciones en el entorno escolar, durante el periodo del 2007 al 2012, se logró un impacto de recuperación de 25% y disminuir la prevalencia de Malnutrición (sobrepeso, obesidad y desnutrición) de 10.34% en la población escolar de 5 a 11 años, de las 250 escuelas de nivel básico que participan en este programa, donde se realiza con monitoreo nutricional mensual por personal profesional en nutrición.

**Impacto de recuperación nutricional en la población escolar
de 250 escuelas del CDIN en el estado de Tabasco del 2007 al 2013**

Estado Nutricional	Valoración Inicial	Valoración Final	Recuperados	Porcentaje
Desnutridos	7,538	4,678	2,860	38%
Sobrepeso	5,116	4,572	544	11%
Obesidad	4,575	3,697	878	19%
TOTAL	17,229	12,947	4,282	25%

Prevalencia de Malnutrición

Inicial 2007	Final 2012	Reducción
41.62%	31.28%	10.34%

Fuente: Formato paralelo del CDIN 2007-2013

Resultados de la Secretaría de Salud en el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) en el Estado de Tabasco 2010-2011.

Capacitación de ANSA a Directores, Profesores, Sociedad de Padres, Supervisores Zonales y Jefes de sector de nivel Preescolar, Primaria y Secundaria con un total de 8,788 Asistentes.

Capacitación en 5 pasos y Lineamientos Técnicos de la Venta de Alimentos y Bebidas en los Centros Escolares con los asesores Técnicos pedagógicos, Jefes de Sector de Primaria y Supervisores de Preescolar Primaria y Secundaria con un total de 508 personas.

Curso de formación de capacitación en 5 Pasos por la Empresa INNOVA con Asesores Técnicos de nivel Preescolar, Primaria y Secundaria, Representante de la Sociedad de Padres, Coordinación de 5 Pasos de las 17 Jurisdicciones, Responsables Estatales con un total de 38 Asistencia.

Se elaboraron 520 menús y 442 Loncheras Saludables con recetas de bajo costo pero de alto contenido nutricional y sugerido de acuerdo a cada región.

Implementación de Activación Física, esta actividad en 154 escuelas del Estado, 41 Centros Laborales y 158 GAM, se han realizado acciones de promoción de Activación física en los municipios como torneos, desfiles y Caminatas.

a) Durante el periodo 2012

Se realizó la Activación Física en 177 Grupos de Ayuda Mutua, beneficiando a una población de 4,378 pacientes, visitando como mínimo 1 vez al mes al Grupo; en 37 Centros Laborales con la participación de 1,483 trabajadores y en 148 escuelas activando a 31,509 alumnos.

Se realizaron 2,968 Pausas por la Salud en Centros Laborales, Escuelas, GAM y en la población en general. Con respecto a los entornos recreativos se recuperaron 20 Espacios (parques, iglesias, anchas) obteniendo la participación de 462 Usuarios.

Se realizaron 748 Cursos sobre Activación física, dirigidos a Centros Laborales, Jurisdicciones, Unidades de Salud, Empresas Particulares, escuelas y Grupos de Ayuda Mutua. Se efectuaron 205 Reuniones Inter y Extra Institucionales, en las cuales se tomaron acuerdos para implementar estrategias enfocadas al consumo del Agua, Verduras y Frutas y a la realización de la Actividad Física.

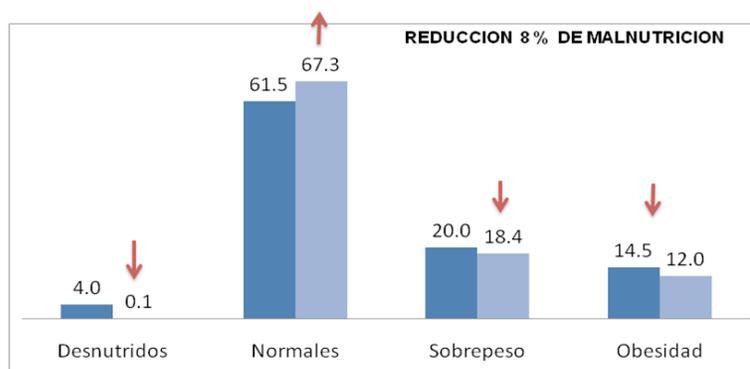
Se cumplieron con 388 Ofertas de Agua, Verduras y Frutas en Reuniones Laborales beneficiando a 5,653 Trabajadores. Se otorgó Orientación Alimentaria en 52 Centros Laborales (Jurisdicciones, GAM, Centros de Salud, DIF) y 139 Escuelas (Preescolar, Primaria y Secundaria), beneficiando 25,558 participantes.

Se impartieron 709 Talleres de orientación alimentaria (escuelas, padres de familia, Grupos de Ayuda Mutua, centro laboral), beneficiando a 1,649 individuos.

Se realizaron 11,578 diagnósticos nutricionales en Centros Laborales, Escuelas y Grupos de Ayuda Mutua.

Con las acciones de capacitación, talleres de Orientación y cursos de activación física, Activaciones físicas, asesorías y consultas nutricionales, promoción del consumo de agua, verduras y frutas, realizadas durante el periodo 2010-2012 en el entorno escolar, se obtuvieron los siguientes resultados: se logro medir el avance en 68 Escuelas Primarias, se valoraron 9944 Niños (5010 son Masculino y 4934 son Femenino), de los cuales en el año 2010, 396 eran Desnutridos, 6119 Normales, 1991 con Sobrepeso y 1438 con Obesidad, para el año 2012 se obtuvo 232 niños Desnutridos, 6689 Normales, 1831 con Sobrepeso, y 1192 con Obesidad. Lo que muestra que por diagnostico nutricional hubo reducción, en niños con desnutrición de 164, con sobrepeso 160, con Obesidad 246 y un aumento en el estado Nutricional Normal de 570 niños. Lo anterior se muestra en la siguiente Gráfica:

Porcentaje de la Valoración por Diagnóstico Nutricional en 68 Escuelas Primarias 2011-2012

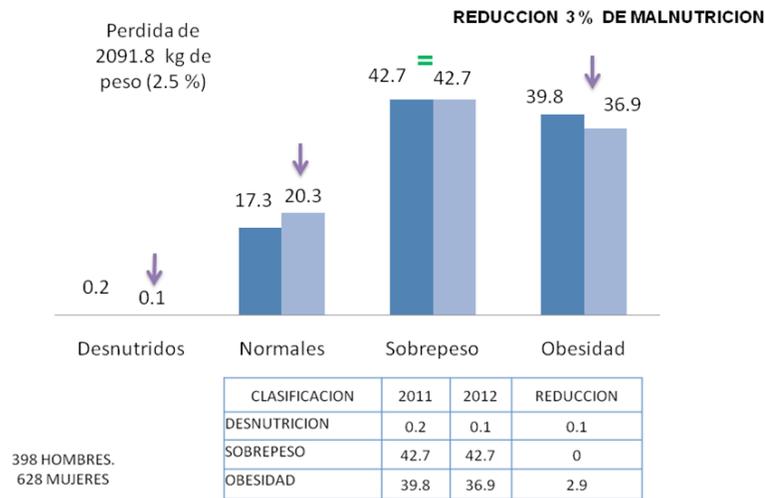


CLASIFICACION	2010	2012	REDUCCION
DESNUTRICION	4	0.1	3.9
SOBREPESO	20	18.4	1.6
OBESIDAD	14.5	12	2.5

Fuente: Formatos estatales de los reportes trimestrales del ANSA

Con las acciones de capacitación, talleres de Orientación y cursos de activación física, Activaciones físicas, asesorías y consultas nutricionales, promoción del consumo de agua, verduras y frutas, realizadas durante el periodo 2011-2012 en el entorno laboral, se obtuvieron los siguientes resultados: se logro medir el avance en 30 Centros Laborales (Jurisdicciones, DIF, Centro de Salud entre otros), se valoraron 1,026 Adultos (398 son Masculinos y 628 son Femeninos), de los cuales en el año 2011, 2 eran Desnutridos, 178 Normales, 438 con Sobrepeso y 408 con Obesidad, para el año 2012 se obtuvo 1 Adulto con Desnutrición, 208 Normales, 438 con Sobrepeso, y 379 con Obesidad. Lo que muestra que por diagnostico nutricional hubo reducción, en el adulto con Desnutrición de 1, con Sobrepeso 0, con Obesidad 29 y un aumento en el estado Nutricional Normal de 30 adultos, que significa una perdida de 2091.8 kg. Lo anterior se muestra en la siguiente Gráfica:

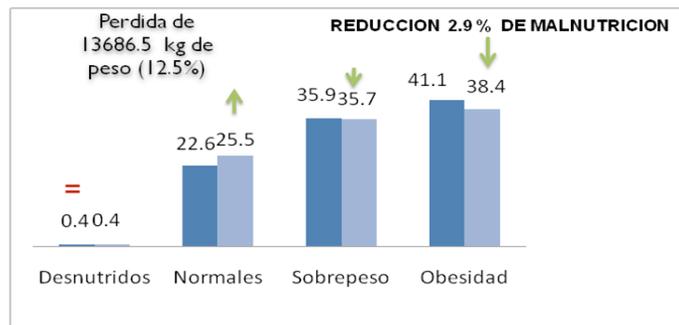
Porcentaje de la Valoración por Diagnóstico Nutricional en 30 Centros Laborales 2011-2012



Fuente: Formatos estatales de los reportes trimestrales del ANSA

Con las acciones de capacitación, talleres de Orientación y cursos de activación física, Activaciones físicas, asesorías y consultas nutricionales, promoción del consumo de agua, verduras y frutas, realizadas durante el periodo 2011-2012 en el entorno comunitario, se obtuvieron los siguientes resultados: se logro medir el avance en 64 Grupos de Ayuda Mutua, se valoraron 1449 Adultos (447 son Masculinos y 1002 son Femeninos), de los cuales en el año 2011, 6 eran Desnutridos, 327 Normales, 520 con Sobrepeso y 596 con Obesidad, para el año 2012 se obtuvo 6 Adultos con Desnutrición, 369 Normales, 517 con Sobrepeso, y 557 con Obesidad. Lo que muestra que por diagnostico nutricional hubo reducción, en el adulto con sobrepeso de 3, con Obesidad 39 y un aumento en el estado Nutricional Normal de 42 adultos, que significa una pérdida de 13686.5 kg. Lo anterior se muestra en la siguiente Gráfica:

Porcentaje de la Valoración por Diagnóstico Nutricional en 64 Grupos de Ayuda Mutua 2011-2012



447 HOMBRES.
1002 MUJERES

CLASIFICACION	2011	2012	REDUCCION
DESNUTRICION	0.4	0.4	0
SOBREPESO	35.9	35.7	0.2
OBESIDAD	41.1	38.4	2.7

Fuente: Formatos estatales de los reportes trimestrales del ANSA

b) Periodo 2013.

Se realizó la toma de medidas antropométricas en 96 escuelas (Primarias y Secundarias), beneficiando a una población de 19,302 alumnos de los cuales 1,070 están en Desnutrición, 12,106 son Normales, 3,342 están en Sobrepeso, 2,408 en Obesidad y se recuperaron a 376 alumnos.

Se realizó la toma de medidas antropométricas en 187 centros laborales y grupos de ayuda mutua, beneficiando a una población de 19,302 individuos de los cuales, 1,897 están normales, en Sobrepeso 2,180 y en Obesidad 1,306. Es importante mencionar que se logro una reducción del 2.2 % de peso y 1,851 cm en la circunferencia abdominal en Centros laborales, y un 1.6% de peso en Grupos de Ayuda Mutua.

Se otorgó orientación alimentaria en 187 centros laborales (Jurisdicciones, GAM, Centros de Salud, DIF) y 139 escuelas (Preescolar, Primaria y Secundaria), beneficiando 8,393 participantes.

Se impartieron 455 talleres de orientación alimentaria (dirigidos a escuelas, padres de familia, Grupos de Ayuda Mutua y centro laboral), beneficiando a 12,364 individuos. Como resultado se obtuvo 182 periódicos murales y 146 muestras gastronómicas.

Se realizaron 2,189 promociones del consumo de agua simple potable, verduras y frutas en los diferentes entornos, beneficiando a 28,671 individuos.

Con respecto a los entornos recreativos se recuperaron 41 Espacios (parques, iglesias, anchas) obteniendo la participación de 680 Usuarios.

Se realizaron 744 Activaciones físicas en centros laborales, escuelas, GAM y población en general, beneficiando a 14,153 individuos.

Se efectuaron 190 talleres sobre activación física, dirigidos a centros laborales, Jurisdicciones, Unidades de Salud, empresas privadas, escuelas y Grupos de Ayuda Mutua, con una participación de 10,452 usuarios.

Se formaron 990 monitores capacitados para implementar la actividad física en los centros laborales, Jurisdicciones, Unidades de Salud, empresas privadas, escuelas y Grupos de Ayuda Mutua. Realizando 475 supervisiones a estos monitores.

Actualmente se cuentan con la contratación de 17 Activadores Físicos, 16 Nutriólogos, un médico Especialista en Deporte y un Nutriólogo Estatal para implementar las acciones en éste 2014.

Acciones intersectoriales de Tabasco.

a) Foro estatal de Alimentación y Salud

Se llevó a cabo el Foro de Alimentación y Salud 2013 el día 02 de Agosto con la finalidad de Desarrollar el Plan Sectorial de Alimentación y Salud a través de la participación del Sector Salud y

las dependencias afines a la alimentación en el Estado de Tabasco. Se contó con una asistencia de 150 personas, se instalaron 5 mesas de trabajos: Mesa 1.- Combate del Hambre y la Desnutrición, Mesa 2.- Producción, comercialización y acceso a los alimentos, Mesa 3.- Prevención, Promoción y Cultura para la Alimentación, Mesa 4.- Alimentación y Actividad Física para una Vida Saludable y Duradera, Mesa 5.- Diagnóstico, prevención y control del Sobrepeso, Obesidad e Hipertensión

b) Fortalecimiento a la orientación alimentaria familiar

El DIF Tabasco homogenizó los criterios en Educación alimentaria, en la importancia de las porciones y cantidades de alimentos permitidas de acuerdo al grupo de edad y necesidades nutricionales diarias de los escolares, entre otros aspectos, a través de su recetario escolar de Desayunos Escolares donde se realiza el cambio de la leche entera por descremada, se disminuye el consumo de azúcar y pastas y se incrementa el consumo de verduras y frutas en los desayunos de los escolares. Estas modificaciones se implementaron a partir del 2012.

5. Marco Jurídico

La Estrategia Nacional y Estatal para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes cuenta con un marco jurídico en el cual concurren documentos e instrumentos legales diversos. A continuación se presentan algunos de ellos:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

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

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

Ley General de Salud

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

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

- I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición;
- II. Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables.
- III. Normar el establecimiento, operación y evaluación de servicios de nutrición en las zonas que se determinen, en función de las mayores carencias y problemas de salud;
- IV. Normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas.

V. Promover investigaciones químicas, biológicas, sociales y económicas, encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos, para el mantenimiento de las buenas condiciones de salud de la población;

VI. Recomendar las dietas y los procedimientos que conduzcan al consumo efectivo de los mínimos de nutrimentos por la población en general, y proveer en la esfera de su competencia a dicho consumo;

VII. Establecer las necesidades nutritivas que deban satisfacer los cuadros básicos de alimentos. Tratándose de las harinas industrializadas de trigo y de maíz, se exigirá la fortificación obligatoria de éstas, indicándose los nutrientes y las cantidades que deberán incluirse.

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

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

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

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

VI. Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

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

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

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

XII. Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas.

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

Ley de Planeación

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

Artículo 1°, fracción I. Las normas y principios básicos conforme a los cuales se llevarán a cabo la Planeación Nacional del Desarrollo y encauzar, en función de ésta, las actividades de la Administración Pública Federal.

Artículo 9°, Las dependencias de la administración pública centralizada deberán planear y conducir sus actividades con perspectiva de género y con sujeción a los objetivos y prioridades de la planeación nacional de desarrollo, a fin de cumplir con la obligación del Estado de garantizar que éste sea equitativo, integral y sustentable, reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de julio de 2011.

Artículo 21, El Plan Nacional de Desarrollo precisará los objetivos nacionales, estrategia y prioridades del desarrollo integral y sustentable del país, contendrá previsiones sobre los recursos que serán asignados a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional; sus previsiones se referirán al conjunto de la actividad económica, social y cultural, tomando siempre en cuenta las variables ambientales que se relacionen a éstas y regirá el contenido de los programas que se generen en el sistema nacional de planeación democrática, reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 enero de 2012.

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

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

Ley Federal de Protección al Consumidor

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

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

Son principios básicos en las relaciones de consumo:

I. La protección de la vida, salud y seguridad del consumidor contra los riesgos provocados por productos, prácticas en el abastecimiento de productos y servicios considerados peligrosos o nocivos; Fracción reformada DOF 04-02-2004

II. La educación y divulgación sobre el consumo adecuado de los productos y servicios, que garanticen la libertad para escoger y la equidad en las contrataciones;

III. La información adecuada y clara sobre los diferentes productos y servicios, con especificación correcta de cantidad, características, composición, calidad y precio, así como sobre los riesgos que representen;

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

V. El acceso a los órganos administrativos con vistas a la prevención de daños patrimoniales y morales, individuales o colectivos, garantizando la protección jurídica, económica, administrativa y técnica a los consumidores; Fracción reformada DOF 04-02-2004

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

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

VIII. La real y efectiva protección al consumidor en las transacciones efectuadas a través del uso de medios convencionales, electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología y la adecuada utilización de los datos aportados; Fracción adicionada DOF 29-05-2000. Reformada DOF 04-02-2004, 19-08-2010

IX. El respeto a los derechos y obligaciones derivados de las relaciones de consumo y las medidas que garanticen su efectividad y cumplimiento; y Fracción adicionada DOF 04-02-2004. Reformada DOF 19-08-2010

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

Ley Federal de Radio y Televisión

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

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

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

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

III. No transmitirá propaganda o anuncios de productos industriales, comerciales o de actividades que engañen al público o le causen algún perjuicio por la exageración o falsedad en la indicación de sus usos, aplicaciones o propiedades.

IV. No deberá hacer, en la programación referida por el Artículo 59 Bis, publicidad que incite a la violencia, así como aquella relativa a productos alimenticios que distorsionen los hábitos de la buena nutrición. Fracción adicionada DOF 11-01-1982

Ley General de Educación

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

Capítulo I, Artículo 7, fracción X. Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias; Fracción reformada DOF 15-07-2008, 28-01-2011.

Capítulo III, Artículo 75, fracción IX. - Son infracciones de quienes prestan servicios educativos: Efectuar actividades que pongan en riesgo la salud o la seguridad de los alumnos;

Capítulo V Artículo 59, párrafo 2º. En el caso de educación inicial y de preescolar deberán, además, contar con personal que acredite la preparación adecuada para impartir educación; contar con instalaciones que satisfagan las condiciones higiénicas, de seguridad y pedagógicas que la autoridad educativa determine; cumplir los requisitos a que alude la fracción VII del artículo 12; tomar las medidas a que se refiere el artículo 42; así como facilitar la inspección y vigilancia de las autoridades competentes.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad

De igual forma, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad establece claramente que:

Artículo 23. La publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas deberá incluir mensajes precautorios sobre la condición del producto, así como mensajes promotores de una alimentación equilibrada o de fomento de buenos hábitos higiénicos.

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

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

I. Que los haya convenido expresamente con la Secretaría;

II. Que el contenido de los mensajes informativos se refiera, según lo determine la Secretaría, a los riesgos para la salud que representa el producto o servicio, a la promoción de hábitos nutricionales o higiénicos, a la prevención de accidentes, a la lucha contra las adicciones o a otros contenidos que, por su importancia o interés, determine la propia Secretaría;

III. Que el número de los mensajes informativos esté acordado previamente con la Secretaría de conformidad con el número total de anuncios comerciales de la campaña publicitaria, el producto o servicio a publicitar, el medio que se utilice y el alcance de éste.

En ningún caso la proporción que se acuerde podrá ser menor al cinco por ciento para los mensajes que promuevan hábitos higiénicos o nutricionales;

IV. Que la difusión de los mensajes se haga a través del mismo medio de comunicación y con iguales características de producción que sus anuncios publicitarios, de conformidad con lo siguiente:

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

b) En anuncios en medios electrónicos deberán tener la misma duración que su anuncio publicitario más prolongado, y difundirse en el mismo horario que éste, y

V. Que en dichos mensajes el anunciante incorpore únicamente su razón social para efectos de identificación por parte de la Secretaría y sin fines comerciales.

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

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

Dicho ordenamiento normativo establece:

I. Que todo paciente con sobrepeso u obesidad requerirá de un tratamiento integral;

II. Los principios a los que se deberán sujetar todos los tratamientos a que se someta el paciente;

III. Las características que deberá tener el personal profesional que intervenga en el tratamiento integral del paciente;

IV. Los principios a los que se deberá sujetar el tratamiento farmacológico;

- V. Las técnicas quirúrgicas reconocidas y utilizadas en todo el mundo por ser seguras, confiables y reproducibles
- VI. Los principios aplicables a ambos tratamientos; y
- VII. Ciertas medidas restrictivas para el tratamiento de la obesidad, así como restricciones en la publicidad realizada para el tratamiento y prevención de la misma, entre otras disposiciones jurídicas.

Ley Estatal de Salud

En la cual se determina la responsabilidad por conducto de la secretaría de salud en el que señala

ARTÍCULO 5.- Corresponde al Poder Ejecutivo del Estado de Tabasco, por conducto de la Secretaría de Salud:

A) En materia de salubridad general:

I. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

VI. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;

VII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;

VIII. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;

IX. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud;

X. La educación para la salud;

XI. El control de la obesidad, así como la orientación y vigilancia en materia de nutrición;

XII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;

XV. La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y accidentes;

XVIII. Ejercer la verificación y el control sanitario de los establecimientos o sitios que expendan o suministren al público alimentos y bebidas alcohólicas o no alcohólicas; en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento. Basándose en las normas administrativas que al efecto se emitan;

XXI. Las demás que establezca la Ley General de Salud y otras disposiciones jurídicas aplicables.

Lineamientos de la ley de salud del estado, para revertir y controlar el sobrepeso y la obesidad

CAPITULO IX

Trastornos Alimenticios

ARTÍCULO 84.- La atención y control de los problemas de salud relacionados con los trastornos alimenticios incluidos la obesidad y sobrepeso tienen carácter prioritario. El gobierno formulará y desarrollará programas de nutrición, de atención y control médico de los desordenes alimenticios, como anorexia, bulimia, obesidad y sobrepeso, promoviendo la participación de los sectores público, social y privado.

ARTÍCULO 85.- Para la atención de los problemas de salud relacionados con trastornos de la alimentación, la Secretaría de Salud promoverá:

- I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de los problemas alimentarios;
- II. Participar en los programas de apoyo nutricional que desarrolle el Gobierno del Estado;
- III. Garantizar servicios de atención medica integral en materia de prevención, detección y control de la anorexia, bulimia, obesidad y sobrepeso; y
- IV. Fomentar la adopción de hábitos alimenticios adecuados, así como la práctica de ejercicio físico habitual.

ARTÍCULO 86.- La Secretaría de Salud establecerá campañas que promuevan el consumo de alimentos preparados con grasas monosaturadas, polisaturadas, ricos en fibra y bajos en grasas saturadas, ácidos grasos trans y colesterol, a fin de disminuir la probabilidad de desarrollo de complicaciones de obesidad, síndrome metabólico y aterosclerosis, así como desarrollar programas de fomento sanitario sobre el problema que representan para la salud el uso de las grasas trans, promoviendo la participación de los sectores públicos, sociales y privados relacionados con el uso de estas sustancias.

La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación, desarrollarán acciones tendientes a desalentar en los niños el consumo de alimentos poco nutritivos como: golosinas, frituras y alimentos de bajo valor nutricional, fomentando el consumo de verduras y frutas, mediante la recomendación a la población en general y a los padres de familia durante las asambleas ordinarias que se lleven a cabo en las escuelas.

ARTÍCULO 87.- Queda prohibida la venta de alimentos y golosinas preparados con predominio de carbohidratos refinados y grasas vegetales en su forma sólida que contengan ácidos grasos hidrogenados en su forma trans, dentro de las escuelas de educación básica, centros de recreación y deporte de niños y adolescentes, en guarderías y centros de desarrollo infantil, y cualquier otro establecimiento escolar que se encargue de la enseñanza, educación y cuidados de lactantes, preescolares, niños y adolescentes, asimismo se prohíbe la instalación de maquinas expendedoras de productos industrializados (alimentos y bebidas).

La Secretaría de Salud emitirá la lista de estos productos que lo contengan.

ARTÍCULO 88.- Las escuelas de educación básica, centro de educación inicial, de cuidados infantiles, guarderías, centro de desarrollo infantil, y cualquier otro establecimiento escolar que se encargue de la enseñanza, educación y cuidados de lactantes, preescolares, niños y adolescentes, deberán fomentar el deporte al aire libre todos los días en las escuelas, cuando menos durante 20 minutos diarios.

ARTÍCULO 89.- En los programas a que se refiere el artículo anterior, se incorporarán acciones que promuevan el consumo de alimentos de producción regional con valor nutritivo, y procurará, al efecto, la participación de las organizaciones campesinas, ganaderas, cooperativas y otras organizaciones sociales cuyas actividades se relacionen con la producción de alimentos.

ARTÍCULO 90.- La Secretaría de Salud del Estado deberá promover ante los expendedores de alimentos, la necesidad de sustituir los productos que contengan grasas trans, reconociendo públicamente aquellas que dejen de utilizar estas grasas, mediante constancias que se ubiquen a la vista pública.

ARTÍCULO 91.- La Secretaría de Salud establecerá clínicas para el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico que acerquen a la población los tratamientos dietéticos, médicos y quirúrgicos necesarios.

El 23 de Febrero del 2008, se publica en el Periódico Oficial el Decreto 071. Donde se indica que: Queda prohibida la venta de alimentos y golosinas preparados con predominio de carbohidratos refinados y grasas vegetales en su forma sólida que contengan ácidos grasos hidrogenados en su forma trans, dentro de las escuelas, de educación básica, centros de recreación y deporte de niños y adolescentes, en guarderías y centros de desarrollo infantil, y cualquier otro establecimiento escolar que se encargue de la enseñanza, educación y cuidados de lactantes, preescolares, niños y adolescentes, asimismo se prohíbe la instalación de maquinas expendedoras de productos industrializados (alimentos y bebidas).

El 12 de Diciembre del 2009, se publica la nueva Ley de Salud del Estado de Tabasco, que contiene todos los lineamientos del Decreto 071 para el control de la obesidad en centros escolares.

El 23 de Agosto del 2010, es publicado en el diario Oficial de la federación, los criterios nutrimentales de aplicación obligatoria en alimentos, establecidos en 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.

Otras referencias normativas a considerar son:

Reglamentos

- Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor.
- Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión.

Normas Oficiales Mexicanas

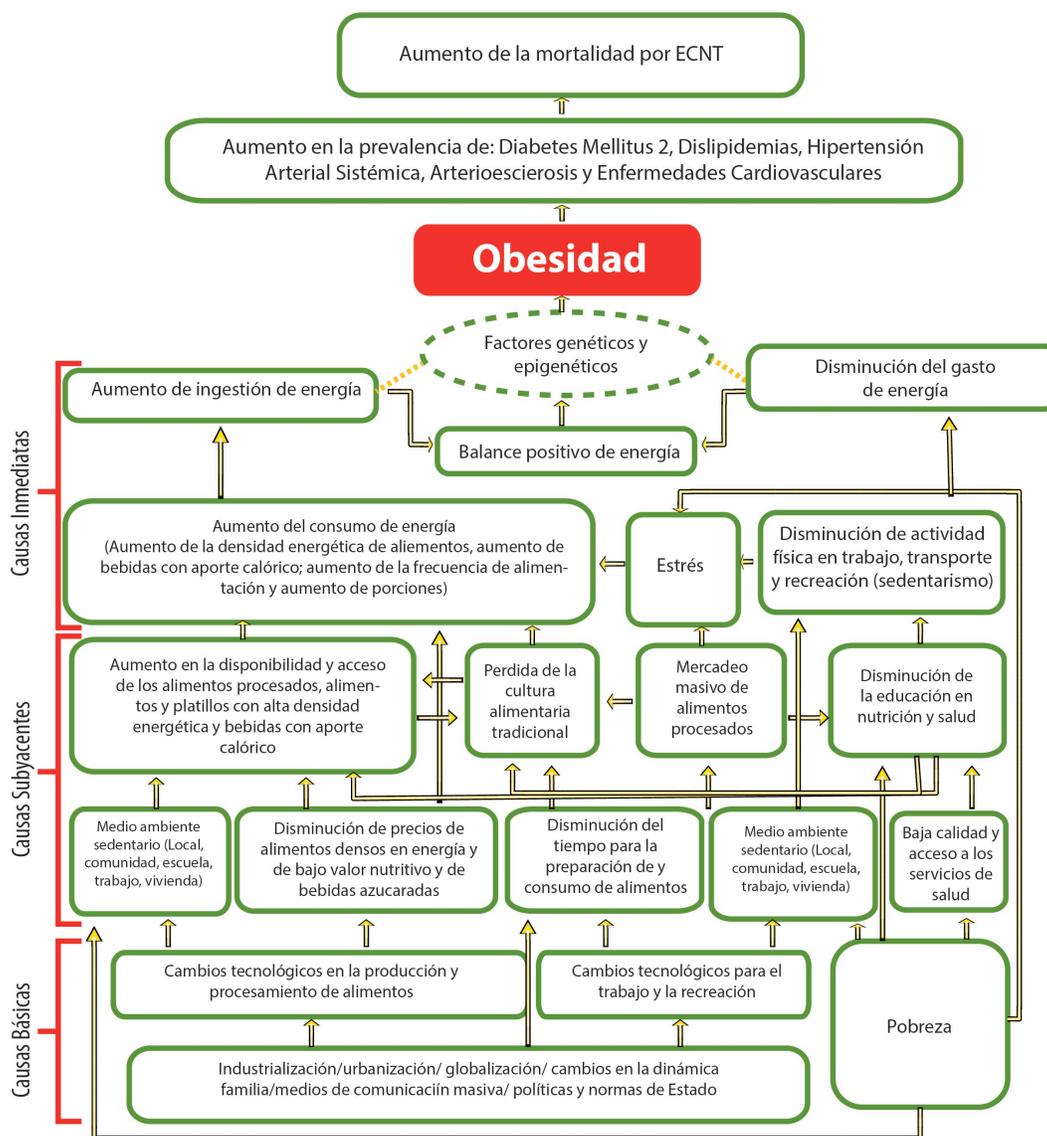
- Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SCFI-2000. Prácticas Comerciales Elementales de Información en las Promociones Coleccionables y/o por medio de Sorteos y Concursos.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-251-SSA1-2009. Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-086-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas No Alcohólicas con Modificaciones en su Composición.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas pre envasados-información comercial y sanitaria.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-169-SSA1-1998. Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo
- Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-2013. Promoción de la salud escolar.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica
- Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-037-SSA2-2012. Para la prevención, tratamiento y control de las Dislipidemias.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

6. Marco Conceptual

La obesidad es el principal factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, las dos principales causas de mortalidad general en México.⁹

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

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



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

Debemos partir de que las causas básicas juegan un papel fundamental para la complejidad de esta problemática, por ejemplo: la pobreza trae consigo un menor acceso a los servicios de salud, una menor orientación educativa acerca de una alimentación, salud adecuada y sobretodo el aumento en el consumo de productos con alta densidad energética y bebidas con alto aporte calórico. Un segundo elemento básico es la globalización, ella ha traído un mayor intercambio comercial entre los países, ahora el mercado alimentario ofrece alimentos locales así como alimentos procesados ya sean nacionales o internacionales, este cambio en la oferta alimentaria ha traído una pérdida en la cultura alimentaria tradicional de los países y una mayor oferta de alimentos de las cadenas de comida rápida que ofrecen paquetes de distintos tamaños con distintos niveles de densidad energéticas de sus productos. También con la globalización ha habido un aumento de urbanización en los países en vías de desarrollo, esta urbanización trae consigo un cambio en el panorama urbano, un incremento en el transporte y una disminución de espacios públicos al aire libre, estos elementos juegan un papel importante para la generación de ambientes sedentarios que tendrá como resultado una disminución de la actividad física y por lo tanto en el gasto energético de las personas.

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

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

Además se debe considerar que los patrones de alimentación y actividad física, así como el balance energético se ven influidos por factores genéticos y epigenéticos, modifican los requerimientos de energía y algunos procesos metabólicos relacionados con la acumulación. En el mismo marco se presenta al balance positivo de energía como la causa más inmediata de la obesidad, pero reconoce el papel de los factores ambientales que operan en los ámbitos individual, familiar, comunitario, social y global, que al interactuar con los factores genéticos y epigenéticos generan sobrepeso y obesidad.²³

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 trasmisibles, 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, ISSET, 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.

7. Planteamiento

El cambio en los patrones de consumo de una alimentación cultural tradicional que genere autosuficiencia y consumo de alimentos frescos que contribuyan a una alimentación correcta ha cambiado con el paso del tiempo, se ha demostrado que la educación y orientación alimentaria con intervenciones basadas en estilos de vida y entornos saludables como un medio eficaz para la prevención y promoción de la salud son eficaces, particularmente en intervenciones en salud alimentaria y actividad física, políticas aplicadas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales y que se dirijan al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la participación de la sociedad empoderada llevará a disminuir la velocidad de crecimiento del sobrepeso y obesidad y la mortalidad prematura por diabetes.

Tomando como punto de partida la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica para salud mental como: “el estado de bienestar que los individuos deben alcanzar, a través del desarrollo de las habilidades que favorezcan resolución de las situaciones estresantes, conflictos o daños a la salud integral; así mismo alcanzar la capacidad de vincular y crecer con otros individuos y provocar el desarrollo en beneficio de la comunidad”, permite comprender de manera más amplia el impacto de los estados mórbidos que actualmente enfrenta la humanidad, tales como, la obesidad, sobrepeso, diabetes e hipertensión; como el resultado alterado de mecanismos de protección de los individuos, desencadenando efectos en el plano individual, familiar y comunitario.

Para tener una mejor comprensión del radio de acción que la salud mental tiene en las personas de los tiempos modernos, es indispensable identificar los factores que intervienen e interactúan de forma directa o indirectamente con estos padecimientos, tener presente que existe una intrínseca vinculación entre factores socioculturales, ambientales, políticos económicos, etc. Por ello es indispensable promover que los recursos emocionales, mentales y sociales tales como los valores, estilos de vida saludables, en vez de las conductas erráticas se practiquen e incluyan en una mayor número de integrantes de las comunidades o esferas humanas para favorecer elementos psicoemocionales tales como autoestima, inteligencia emocional, la visión de solidaridad, de manejo de conflictos, la tolerancia al estrés, entre otras, que finalmente promuevan desde etapas tempranas y durante todo el proyecto de vida cambios de patrones de la salud mental.

El cambio en los patrones de consumo de una alimentación cultural tradicional que genere autosuficiencia y consumo de alimentos frescos que contribuyan a una alimentación correcta ha cambiado con el paso del tiempo, se ha demostrado que la educación y orientación alimentaria con intervenciones basadas en estilos de vida y entornos saludables como un medio eficaz para la prevención y promoción de la salud son eficaces, particularmente en intervenciones en salud alimentaria y actividad física, políticas aplicadas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales y que se dirijan al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la participación de la sociedad empoderada llevará a disminuir la velocidad de crecimiento del sobrepeso y obesidad y la mortalidad prematura por diabetes.

Cabe resaltar que los individuos que definen desde la infancia sus patrones conductuales con influencia de valores poco saludables y consumo de alimentos con escasa aportación de nutrientes y en lugar de ello, alimentos con mucha carga calórica, tendrán tendencia a desarrollar obesidad y sobrepeso.

La globalización como un modelo influenciado es un factor que en la actualidad es un determinante que impacta en los estilos de vida que desarrolla cada individuo. Las modas o tendencias que nos venden día a día se ve permeado por la inclinación de obtener las cosas cada día de una manera más fácil y en el caso de los alimentos sucede el mismo fenómeno, desafortunadamente en los últimos tiempos se ha observado el amplio crecimiento del mercado chatarra o poco nutritivo, esto acompañado de campañas con mucho marketing publicitario y de alto impacto en individuos susceptibles a adoptar este estilo de alimentación, generando así estados mórbidos en los individuos.

Lo anterior, no solo denigra el estado biológico del individuo, también afecta el estado emocional y social de las personas que desarrollan esta clase de conductas erráticas denotando también falta de estima hacia ellos mismos, por lo mismo estas personas presentan dificultades hacia la toma de conciencia y valoración de los factores positivos que pudieran regir su vida.

Las personas obesas sufren rechazo social, su autoestima suele ser baja debido a su aspecto físico, tienen más dificultades para encontrar pareja o trabajo y suelen criticarse duramente a sí mismas y castigarse con pensamientos negativos y destructivos. Todos estos problemas derivados de la obesidad mórbida pueden ir minando a la persona hasta hacerle caer en un estado depresivo.

Los elevados costos de los padecimientos crónicos, afectan no solo los procesos de atención, los insumos y/o materiales, los días cama en unidades hospitalarias o la saturación de servicios de consulta externa, sino que además, afectan directamente o indirectamente la economía y en si toda la dinámica familiar.

Según la OMS las personas con diabetes, comparadas con la población en general, tienen tres veces más posibilidades de tener depresión, esto debido a la pérdida de la salud. Sin embargo, esto no quiere decir que toda persona con diabetes tiene depresión. La coexistencia de condiciones médicas crónicas y psicopatología debe ser considerada en la planificación de los servicios de atención primaria de salud, dados los altos costos y la duración de los tratamientos que requieren estos pacientes. Varios estudios epidemiológicos han revelado una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre pacientes con cuadros médicos crónicos, con razones que van entre 1.41 y 3.55.

La terapéutica de las enfermedades cardiovasculares requiere de la modificación de ciertos hábitos y comportamientos, de ahí la importancia del cumplimiento de las prescripciones médicas, la salud mental ayuda a manejar el estrés, a relacionarse positivamente con otras personas y tomar decisiones asertivas para que el tratamiento tenga mejores resultados. De alguna manera, el optimismo para enfrentar la enfermedad, contribuye para aceptar el padecimiento y seguir las indicaciones de los especialistas.

Para el abordaje de éste problema, no es solamente el compromiso de las instituciones del Sector Salud, es preciso involucrar distintos órdenes de gobierno, la iniciativa privada y por supuesto a la sociedad misma; 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, a través de acciones desde la promoción de la salud hasta la regulación de productos y servicios.

A partir de todas estas consideraciones se puede indicar que es indispensable llevar a cabo una serie de estrategias integrales e interdisciplinarias que contribuyan en la disminución del incremento de los padecimientos de la diabetes, sobrepeso, obesidad e hipertensión. Por ello se incluirá la participación de profesionales de la salud mental que orienten y promuevan a través de procesos psicoeducativos, de sensibilización, orientación y psicoterapia a población infantiles, familiares de los usuarios con los padecimientos, profesionales involucrados en el seguimiento del padecimiento, con una mirada sistémica e integradora, que despierte la consciencia colectiva e individual para el cuidado y la práctica constante de conductas de protección hacia todas las personas y en todos los momentos de la vida, con la visión que las generaciones futuras alcancen mejores niveles de desarrollo y gocen de una cultura de crecimiento y bienestar integral.

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, a través de acciones desde la promoción de la salud hasta la regulación de productos y servicios.

8. Ejes Rectores

8.1 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”.²³

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

Corresponsabilidad

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

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

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

La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna a las necesidades o problemas que enfrenta un grupo de personas. En este sentido, se estaría hablando de una corresponsabilidad que tiene que ver con la delimitación y articulación del desempeño de cada uno de los integrantes del grupo para asumir, en consecuencia, las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud.²⁹

Transversalidad

El principio de transversalidad se origina en la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. La interdependencia de las políticas públicas requiere otro planteamiento de la gobernanza. Los gobiernos pueden coordinar la formulación de políticas, elaborando planes estratégicos que establezcan objetivos comunes, respuestas integradas y una mayor rendición de cuentas en todas las dependencias públicas. Esto requiere una alianza con la sociedad civil y el sector privado.

Para ello se necesita un sector de la salud que esté orientado hacia el exterior, abierto a los demás y equipado con los conocimientos, las capacidades y el mandato necesarios. Esto también significa una mejora de la coordinación y el apoyo dentro del mismo sector salud.³⁰

Intersectorialidad

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

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

Evaluación del impacto

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

Rendición de cuentas

Dentro de las estrategias transversales para el desarrollo nacional y estatal, 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””.³¹

9. 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 tabasqueños, 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

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

Detectar de manera oportuna el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo.

Generar una estructura que permita contar con recursos humanos capacitados e insumos suficientes para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud.

Incrementar el número de pacientes en control metabólico con diabetes mellitus tipo 2.

Desarrollar estrategias estatales, alineadas a los principios nacionales, para contribuir al control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

Fortalecer la plataforma del Sistema Nominal en Salud, para generar información y análisis para la toma de decisiones.

10. Visión 2018

Detención en el aumento del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

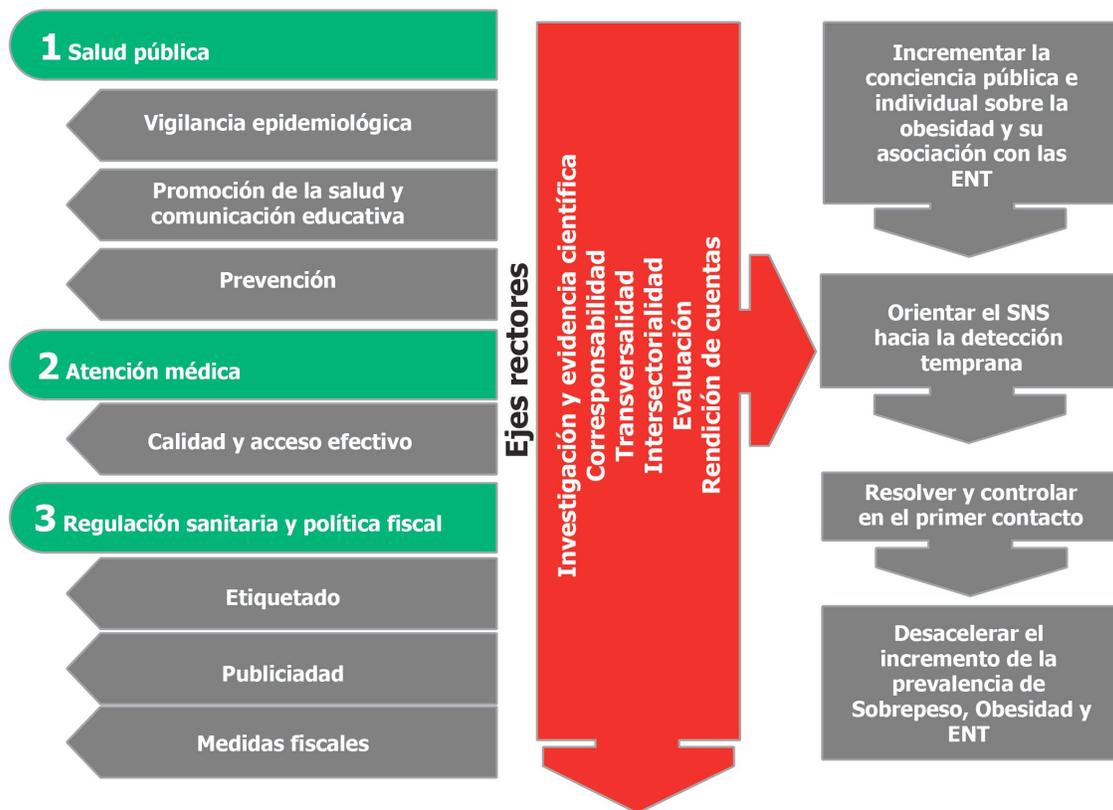
Reducción relativa de la prevalencia de inactividad física.

Aumento en el control de pacientes diabéticos.

Reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por diabetes.

11. Pilares y Ejes Estratégicos

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes plantea tres pilares y seis ejes estratégicos, con componentes y actividades orientadas a cumplir sus objetivos. Dicha estrategia es la que sustenta la Estrategia Estatal, con mismos componentes y actividades adecuados a la infraestructura y ámbito local.



**La Salud en Todas las Políticas
Determinantes Sociales de la Salud**

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

Pilares de Estrategia Nacional

Pilares	Descripción del Pilar	Eje Estratégico
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	<ul style="list-style-type: none"> ·· Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades No transmisibles ··Promoción de la salud y comunicación ··Prevención
Atención Médica	<p>Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a través de intervenciones médicas dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuentan con el diagnóstico de hiperglucemia o diabetes mellitus tipo 2, con el fin de brindarles una atención oportuna y evitar las complicaciones relacionadas con dicha enfermedad.</p> <p>Garantizar el conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud en la atención de las enfermedades no transmisibles, de diversas tecnologías que faciliten y mejoren la accesibilidad a los diferentes servicios que brindan las unidades de salud.</p> <p>Capacitar a los recursos humanos en salud en lo referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles. Fomentar la investigación y la generación de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ··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	Descripción del Pilar	Eje Estratégico
Regularización sanitaria y política fiscal	Establecer respuestas efectivas ante el panorama de las enfermedades no transmisibles, a través de la regulación del etiquetado y la publicidad de alimentos y bebidas, de manera particular la dirigida al público infantil, además de impulsar políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> · 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.

Salud Pública

Este pilar 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. Este pilar considera los siguientes ejes, estrategias y acciones específicas.

Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles.

- Realizar vigilancia epidemiológica a las unidades registradas en la Entidad.
- Realizar informes mensuales de los reportes, contemplando 37 variables y 16 grupos.
- Realizar informes semanales de de la morbilidad y mortalidad de Diabetes Mellitus e hipertensión Arterial.
- Realizar canales endémicos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial
- Realizar el análisis de la Mortalidad y Morbilidad de la Diabetes e Hipertensión Arterial.

Promoción de la Salud

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

- Brindar orientación y consejería a la población para fomentar el auto cuidado de la salud, priorizando la educación alimentaria nutricional y la prevención de enfermedades.
- Capacitar al personal jurisdiccional en orientación nutricional por personal nutriólogo.
- Talleres educativos al personal docente y alumnos, sobre determinantes de la nutrición y Cartillas nacionales de Salud a través del equipo de salud.
- Coordinación y gestión para que en las escuelas exista la oferta de alimentos y bebidas de baja densidad energética
- Promover y participar en la aplicación de la oferta de alimentos y agua simple potable en las escuelas a través del equipo de salud.
- Firmar convenios con asociaciones religiosas como fortalecimiento en la promoción de los factores de riesgo en la prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes.

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

- Promoción de la actividad física en los entornos escolar, laboral y en grupos de pacientes a través de orientaciones y talleres por personal activador físico y nutriólogo.
- Capacitar al personal jurisdiccional en actividad física por personal activador físico.
- Realización de la activación física en entornos laborales, escolares y comunitarios
- Coordinación y gestión para que en las escuelas exista: 2 hrs y media semanales de actividad física.
- Espacios físicos recuperados para la realización de la actividad física
- Firmar convenios con asociaciones religiosas como fortalecimiento en la promoción de los factores de riesgo en la prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes.

c) Comunicación Educativa

- Fortalecer la campaña nacional de la estrategia con la realización de una campaña estatal para motivar actitudes y comportamientos tanto individuales como sociales encaminados a promover la salud del público blanco.
- Concertar, organizar y coordinar la integración de redes sociales locales de salud para su participación activa apoyando la difusión en la prevención y control.
- Fortalecer el desarrollo de capacidad y competencia en salud para promover la transmisión de conocimientos hacia la población y el fomento de valores, actitudes y aptitudes personales para que la gente salvaguarde su salud fortaleciendo los determinantes positivos, el servicio se otorga en los sitios de prestación a nivel local, al individuo, la familia y/o a grupos específicos a través de los promotores comunitarios.
- Fortalecimiento de los Grupos de Ayuda Mutua, a través de un plan anual de capacitaciones que induzca al auto cuidado de la salud.

- Evaluación de la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud generando de nuevo conocimiento para la redirección de estrategias y toma de decisiones.
- Retroalimentación de acuerdo a los resultados

Prevención

- Formar el subcomité estatal de enfermedades no transmisibles alineadas al Consejo Nacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (CONACRO).
- Aplicar cuestionario de factores de Riesgo a todo paciente mayor de 20 años que acuda primera vez en el año a la unidad de salud independientemente de la causa por la que acude, realizando la toma de somatometría, Peso, Talla, circunferencia de Cintura, determinar el Índice de Masa Corporal, Índice Cintura cadera. Toma de glicemia capilar a los casos positivos.
- Detectar oportunamente sobrepeso, obesidad y diabetes, en la población familiar con Diabetes.
- Realizar somatometría a los escolares, para detectar alteraciones o problemas de salud que limitan el aprendizaje y el aprovechamiento: estado nutricional (peso, talla, IMC) a través del equipo de salud.
- Detectar sobrepeso y obesidad en escuelas de nivel superior a fin de implementar estrategias de control y seguimiento a través de convenios IMSS/ Universidades y secretaría de Salud.
- Referir a los servicios de salud a los escolares que presenten sobrepeso y obesidad.
- Detectar factores de riesgo y Diabetes en unidades de Salud y UNEMEs EC, garantizar la confirmación diagnóstica e ingreso a tratamiento.
- Detectar Diabetes y Factores de Riesgo en escuelas y centros de trabajo a través de las UNEMEs Enfermedades Crónicas.
- Realizar semanas estatales intersectoriales de detección involucrando unidades de salud, escuelas, centros de trabajo, mercados, parques, etc.
- Dar seguimiento a través de la supervisión las acciones del programa en las Jurisdicciones Sanitarias, las unidades de salud y las escuelas, a través de la aplicación de la cedula de certificación.
- Formación de grupos preventivos, para el fortalecimiento en el auto cuidado de la salud.
- Canalizar en tiempo y forma a la población que se encuentre con factores de riesgo.

Atención Médica

Este pilar busca; 1) 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; 2) 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 las diversas tecnologías que faciliten y mejoren la accesibilidad a los diferentes servicios que brindan las unidades de salud; 3) capacitar a los recursos humanos en salud en referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles; y 4) fomentar la investigación y la regeneración de evidencia científica. Este pilar considera los siguientes ejes, estrategias y acciones específicas:

Acceso efectivo a servicios de salud

- Garantizar la afiliación al seguro popular de la población no derechohabiente.
- Canalizar en tiempo y forma a la población que se encuentre con factores de riesgo.

Calidad de los servicios de salud

- Controlar la Diabetes Mellitus a partir de alimentación equilibrada, ejercicio físico y tratamiento farmacológico en base a guías clínicas en unidades de salud y UNEMES EC.
- Detección temprana de nefropatía, retinopatía y alteraciones de pie en pacientes con Diabetes y referir al especialista en el momento oportuno.
- Control de la Diabetes a través de Hemoglobina Glucosilada en UNEMES EC y unidades de salud.
- Realizar Microalbuminuria en las UNEME EC y en Grupos de Ayuda Mutua.
- Trabajo interdisciplinario con Nutrición y Psicología para la adherencia terapéutica en unidades de salud.
- Vigilancia y monitoreo nutricional mensual.
- Contar con los insumos necesarios para el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones.
- Incorporar al paciente a los grupos de Ayuda Mutua y acreditación de los GAM formados.
- Fortalecimiento de la estrategia del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.
- Acreditación, re-acreditación y acreditación con excelencia de los Grupos de Ayuda Mutua.
- Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia y Estudio de los Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM).
- Referencia de los pacientes en descontrol metabólico a las UNEMES EC

Mejora de competencias y la capacidad resolutive del personal de salud

- Capacitación en el manejo de las Guías de la Práctica Clínica y Norma Oficiales de Diabetes Mellitus y Obesidad al personal de salud.
- Capacitación en el Diagnóstico y manejo del paciente con sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus en el 1er nivel de atención.
- Rotación del personal de primer nivel de salud a las UNEMES EC para capacitación en el modelo de atención integral.
- Surtimiento y equipamiento oportuno en cada una de las unidades de salud de acuerdo a las necesidades detectadas.
- Vigilar y gestionar la asistencia y permanencia del recurso humano para la atención y tratamiento a todo usuario en el 1er nivel de atención.
- Supervisión de la aplicación de las Normas operacionales y las Guías de Práctica Clínica en las

unidades de 1er nivel de atención de acuerdo a cronograma establecido.

- Seguimiento a las desviaciones técnicas y administrativas detectadas en las visitas de supervisión, con énfasis en los controles de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en el 1er nivel de atención.

11.2.4. Infraestructura y tecnología

- Implementar el uso de tecnologías para facultar a la persona en las unidades de salud del primer nivel de atención, como herramienta en la prevención de la Diabetes Mellitus, realización de actividad física, llevar un plan de alimentación correcta y/o en su caso lograr el control de la enfermedad para disminuir complicaciones.

Garantía del Abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio y monitoreo de la cadena de suministro

- Establecimiento de un cronograma de surtimiento de medicamento oportuno a las unidades de salud del 1er nivel de atención
- Establecimiento de fondos fijos de acuerdo al grupo blanco.
- Garantizar equipos necesarios para la atención del paciente con enfermedad crónica (estetoscopios, esfigmomanómetros, glucómetros, refrigeradores, cintas métricas de fibras de vidrio, básculas, estadímetros, etc.)
- Supervisión del suministro en las 17 Jurisdicciones del estado a parte del equipo estatal de supervisión.

Cirugía Bariátrica

- Implementar un modelo de atención integral de la obesidad mórbida, en aquellos portadores de IMC > 40 kg/m² ó superior a 35 kg/m² con la presencia de comorbilidades de acuerdo a normatividad y leyes vigentes.

Investigación y evidencia científica

- De manera intersectorial se desarrollarán investigaciones que ayuden a la vigilancia epidemiológica para medir el impacto de las acciones que se implementen en la presente Estrategia Estatal.

Regularización Sanitaria y Política Fiscal

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; además, utiliza la política fiscal, a través de la introducción de medidas impositivas que permitan reducir el consumo de aquellos alimentos y bebidas que son considerados

como no a portantes de elementos nutritivos. A diferencia de los elementos de los pilares anteriores, los de este pilar serán determinados en su totalidad por la política que establezca el nivel Federal. Este pilar considera los siguientes ejes, estrategias y acciones específicas:

Etiquetado

Aseguramiento, destrucción de productos y Sanción administrativa

- Aplicar el aseguramiento de productos que no cumplan las especificaciones del Acuerdo sobre contenido y valor nutritivo
- Realizar la destrucción de productos asegurados, que no cumplan las especificaciones para su venta en centros y tiendas de consumo escolar
- En caso de reincidencia e infracciones a los lineamientos del Acuerdo, se iniciara procedimiento de sanción en contra del o los responsables de los establecimientos de consumo escolar
- Capacitar en manejo higiénico de alimentos y bebidas, a los manipuladores y responsables de las tiendas de consumo escolar.
- Distribuir material impreso, que oriente al personal manipulador de alimentos, sobre buenas prácticas de higiene

Publicidad

- Monitoreo de la publicidad de alimentos, para observar que cumplan las nuevas disposiciones de la estrategia nacional, en cuanto a información y horarios de publicidad según lo establecido por la COFEPRIS.

Política Fiscal

Visitas de verificación de centros escolares de nivel primaria que cuenten con tiendas de consumo escolar, en alimentos

- Mantener la vigilancia sanitaria de los establecimientos (Cafeterías y tiendas de consumo escolar) que se encuentren ubicadas en el interior de las escuelas públicas y privadas del nivel primaria, para comprobar el cumplimiento del ACUERDO y los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica.
- Vigilar que los expendedores de alimentos y bebidas ambulantes no se ubiquen a menos de 100 metros de los centros escolares y en el caso de los que ya se encuentran establecidos, vigilar que no oferten alimento con alto valor calórico.

12. Dependencias e Instituciones Participantes

Instituto Mexicano del Seguro Social, Tabasco

- a) Entrega de Cartillas Nacionales de Salud a los derechohabientes (Evaluación del estado nutricional, con medición de cintura, Índice de masa corporal, registro de peso y talla)
- b) Entrega informada de Guías para el Autocuidado de la Salud (Orientación de alimentación saludable en los diferentes grupos de edad)
- c) Entrega informada de Carteras de Alimentación Correcta y Actividad Físico: Guía práctica de ejercicio; andar en bicicleta, caminar, bailar, nadar y menú de alimentos para desayuno, comida, cena y colación así como el consumo de agua simple potable.
- d) En Unidad de Medicina Familiar (UMFs) integrar grupos SOHDI: Grupos de ayuda de sobrepeso, obesidad, hipertensión y Diabetes
- e) En los 5 grupos PrevenIMSS se dan temas sobre alimentación correcta.
- f) Derivación de pacientes con sobrepeso, obesidad al Centro de Seguridad Social para incorporarlos al PAS (Programa de Atención a la Salud, educación de pacientes en actividad física y alimentación saludable).

Instituto Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Tabasco

Programa PrevenISSSTE

El 15 de octubre del 2010 fue puesto en marcha el Programa PrevenISSSTE que tiene como objetivo empoderar a la 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 embarazadas.

En Tabasco, es prioridad para el ISSSTE establecer mecanismos que permitan formar una cultura de la prevención y estilos de vida saludable, por ello se han implementado no solo al interior del Instituto si no de forma extramuros, acciones que contribuyen a modificar favorablemente los determinantes de la salud de la población derechohabiente:

- Con la Estrategia PrevenISSSTE, continuamos fortaleciendo no solo la detección oportuna de enfermedades, si no las acciones de promoción a la salud, nutrición, salud reproductiva, vacunación y salud bucal, en las Clínicas de Medicina Familiar de Casa Blanca y de Cárdenas a través de los módulos prevenISSSTE, donde se realizan Intervenciones por grupo de edad con acciones preventivas integradas, utilizando como herramienta las cartillas nacionales de salud.
- Con la finalidad de responder a la demanda de servicios de salud con calidad, contamos con una página electrónica, www.prevenissste.gob.mx, dedicada a la salud, donde además de proporcionar información valiosa para la salud, cuenta con una herramienta novedosa como es la inclusión de cuestionarios interactivos, que permite identificar y evaluar riesgos, a fin de tomar medidas oportunas.
- En los centros laborales, la Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS), brinda acciones de promoción a la salud, nutrición, salud reproductiva, vacunación a los trabajadores y detección de enfermedades (sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión), identificando riesgos a la salud en este grupo.
- Se han creado espacios para la activación física laboral en las unidades médicas y centros de trabajo del Instituto, así como centros laborales.
- Como atención especial a las personas que viven con Diabetes, se cuenta con un consultorio médico para el Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE), en las CMF de Casa Blanca y de Cárdenas, donde se realiza monitoreo, seguimiento y tratamiento de Diabetes, a fin de evitar complicaciones y conservar la calidad de vida.
- En las CMF de Casa Blanca y de Cárdenas, se cuenta con 4 Grupos de ayuda mutua (GAM) conformados por personas que viven con Diabetes, Hipertensión Arterial y Obesidad, con apoyo del equipo multidisciplinario de salud se brinda atención, capacitación y monitoreo de éstas enfermedades, a fin de fomentar el autocuidado y lograr el empoderamiento de las personas para controlar su estado de salud. En 2013 se acreditaron dos Grupos de Ayuda Mutua: “VIDA SALUDABLE” y “NUEVA VIDA INEGI”.
- El ISSSTE consolidó el Programa de Prevención y Regresión de Sobrepeso y Obesidad (PPRESyO), con la ampliación de los servicios de nutrición y activación física en las unidades de Casa Blanca y Cárdenas, a través de acciones intramuros y extramuros en Centros laborales y eventos de salud.
- Como iniciativa de ésta administración, desde 2013 se implementó e instrumentó la estrategia de Salud, “Jornadas de Bienestar Integral” que abarcan tres aspectos fundamentales: Educación, Cultura y Salud. Visitando los diversos municipios en jornadas sabatinas, con acciones médicas preventivas en nuestra Unidad Móvil PrevenISSSTE.

Desarrollo Integral de la Familia, Tabasco.

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco se ha establecido el compromiso de contribuir a elevar el nivel alimentario y nutricional de la población en situación de pobreza, promoviendo los programas de apoyo y seguridad alimentaria, dirigidos principalmente a los grupos de población de mayor riesgo.

A través de la Dirección de Servicios Alimentarios se operan tres programas: Asistencia alimentaria a sujetos vulnerables (mujeres embarazadas y/o en periodo de lactancia), el programa de Atención a menores de 5 Años en riesgo, no escolarizados y el programa Desayunos Escolares en su modalidad Caliente.

En el año 2011 en coordinación con la Secretaria de Salud, el DIF Tabasco implementa el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria; Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, implementando los 10 objetivos prioritarios. Durante éste periodo se seleccionan productos con bajo contenido en azúcares, grasas saturadas y sodio en los insumos que integran los apoyos alimentarios de los programas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA) otorgados a la población beneficiada en Tabasco.

Durante ése año se implementan los 5 pasos por tu salud a través de 2 vertientes, la primera realizando un diagnostico y vigilancia nutricional a 141 trabajadores operativos de ésta Dirección, llevándose a cabo durante los meses de marzo y abril, se realizaron acciones de orientación alimentaria y fomento a la actividad física. La segunda vertiente fue a través de la orientación alimentaria, fomentando los 5 pasos entre los 2, 866 comités de madres que participan en la preparación de los Desayunos Escolares en todo el Estado.

Para el año 2012 se continúan implementando las acciones del ANSA buscando consolidar los objetivos.

A partir del año 2013 con el firme propósito de mejorar la calidad nutricia de las raciones alimenticias y en cumplimiento con la EIASA, El DIF Tabasco retira el azúcar de los apoyos alimentarios otorgados en sus programas, dando prioridad a aquellos productos que fomentan buenos hábitos de alimentación, como cereales integrales, leguminosas, alimentos fuentes de calcio y promoviendo la aportación voluntaria por parte de los padres de familia de verduras y frutas de temporada como parte del desayuno diario de los beneficiarios. De igual manera en éste periodo se continúa fortaleciendo las acciones de Orientación Alimentaria entre los comités de madres y beneficiarios en

los 17 municipios del Estado de Tabasco.

A la fecha los programas de la EIASA que opera el Sistema DIF Tabasco, para contribuir a la seguridad alimentaria en la población sujeta de asistencia social, otorga apoyos alimentarios con calidad nutricia e implementa a la par acciones de Orientación Alimentaria, aseguramiento de la calidad y de producción de alimentos regionales (principalmente verduras y frutas), así como el consumo de agua simple potable en el desayuno diario.

Secretaria de Desarrollo Social

- Se realizaran pláticas nutricionales en asambleas comunitarias y asambleas de consejo.
- Se dio de baja del catálogo de productos a partir de enero 2014 a productos chatarra (sabritas, dulces, refrescos embotellados etc.) por lo que sólo se contemplaran productos con algún valor nutrimental.
- Promover el programa trimestral de ofertas en productos que integran la canasta básica trasladando un margen de ahorro al consumidor hasta del 20%
- Mantener la disponibilidad de leche descremada y semidescremada en las tiendas DICONSA, garantizando el abasto suficiente de Leche LICONSA en todas las tiendas.

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (componente salud)

La Atención a la Salud se proporciona a los integrantes de la familia beneficiaria mediante las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, con base en las Cartillas Nacionales de Salud. Estas acciones tienen un carácter principalmente preventivo, de promoción de la salud y de detección oportuna de enfermedades de mayor impacto en salud pública, sin menoscabo del cuidado de los aspectos curativos y de control de los principales padecimientos.

Este paquete irreductible de servicios se proporcionan gratuitamente a las familias beneficiarias a través de citas programadas, conforme a las intervenciones por grupo de edad, sexo, evento de vida y de acuerdo al protocolo de atención específico aplicado por cada uno de los proveedores de los servicios de salud.

El Paquete Básico Garantizado de Salud se proporciona en el primer nivel de atención.

Las familias beneficiarias podrán consultar con el personal de salud el listado de medicamentos que comprende el Paquete Básico Garantizado de Salud a los que tiene derecho.

a) Prevención y atención de la desnutrición

Mediante la vigilancia sistemática del crecimiento y desarrollo infantil se corroboran los cambios en el estado de nutrición y se identifica tempranamente la mala nutrición, brindando orientación y capacitación a las madres de familia o responsable del niño o niña sobre los beneficios del consumo adecuado del suplemento alimenticio que el Sector Salud defina.

b) Capacitación para el auto cuidado de la salud

Las acciones de promoción de la salud se desarrollan principalmente bajo tres modalidades: capacitación para el autocuidado de la salud; información, orientación y consejería de manera individualizada durante las consultas, y emisión de mensajes colectivos dirigidos a las familias beneficiarias de acuerdo a la edad, sexo y evento de vida, ampliando y reforzando los conocimientos y prácticas para el autocuidado de la salud.

El Programa se concibe como un instrumento de desarrollo humano, al propiciar el incremento de las capacidades en educación, salud y alimentación en los hogares más necesitados, se generan incentivos para que sus beneficiarios, mediante su esfuerzo, y con el apoyo de la sociedad y de los tres órdenes de Gobierno superen su situación precaria, accedan a mejores niveles de bienestar y se incorporen al desarrollo nacional.

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)

a) Antecedentes del programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Tabasco

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades se instrumentó en el estado de Tabasco en el año 1998, desde ese entonces, como parte de las corresponsabilidades que tienen que cumplir las beneficiarias del Programa, es acudir bimestralmente a la Unidad Médica Asignada, a un taller de autocuidado de la salud, "Alimentación y Salud" y "Nutrición". Se otorga el seguimiento nutricional a través consultas médicas programadas la cual se realiza de acuerdo a la edad y la magnitud del padecimiento.

b) DICONSA Tabasco

DICONSA Sureste ha contribuido con el Gobierno Federal, en su función reguladora para garantizar el abasto de productos básicos a la población de escasos recursos, principalmente la que radica en el medio rural del Estado de Tabasco.

La operación del programa rural se ha fortalecido gracias a la participación organizada de la población, a nivel comunidad a través de los comités rurales de abasto de las tiendas y a partir de ello la formalización de la representación de los consejo comunitarios de abasto, quienes en el año de 1994 se constituyeron en asociaciones civiles, así mismo se definió la situación laboral del personal comunitario, fundamentalmente se busca conjuntar esfuerzos para hacer llegar el abasto a las comunidades de manera más adecuada y oportuna.

El crecimiento que ha alcanzado el programa de abasto rural en el estado es muy importante, actualmente es la Unidad operativa con mayor venta del sistema con \$700 millones de pesos

anuales, con una red de abasto de 11 Almacenes Rurales, ubicados en los Municipios de Cárdenas, Huimanguillo, Comalcalco, Cunduacán, Jalpa de Méndez, Tacotalpa, Centla, Centro, Macuspana, Tenosique y Emiliano Zapata 1 Almacén Central, 1 almacén Granelero y 1080 Tiendas Comunitarias con presencia en todos los 17 Municipios del Estado.

Secretaría de Educación (SE)

La Secretaria de Educación se ha Sumado desde el 2009 a la Fecha en la implementación de estrategias para combatir el Sobre Peso y la Obesidad a través del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria en los Programas de Acción en el Contexto Escolar y el Programa Escuela y Salud, dentro de los cuales se realizaron las siguientes Acciones:

En el 2009, se distribuyo, entrego y activo 730,350 Cartillas Nacionales de Salud a todos los alumnos de educación básica, docentes y personal de apoyo a la educación, 29,216 manuales de la Cartilla Nacional de Salud para docentes frente a grupo y 4,910 carteles para la difusión de la activación, en coordinación con todos los sectores educativos y de salud.

En el 2010, se coadyuvó al cumplimiento del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria, difundiendo y aplicando los Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumos escolar de los planteles de educación básica en el estado.

Se impulsó el conocimiento sobre bebidas saludables y alimentación correcta que generen hábitos y cambios en niños y jóvenes y así detener el incremento de la obesidad y las enfermedades crónico-degenerativas. Así mismo las prácticas de activación física como una medida que coadyuvo a la disminución del sobre peso y la obesidad. El consumo de agua simple potable, como primera alternativa de hidratación en los alumnos de los planteles escolares.

Se incrementó la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, para crear una nueva cultura en salud, habilitando a la comunidad escolar y sumando las contribuciones de los agentes escolares y promotores voluntarios a través de los Consejos Escolares de Participación Social.

Se Consolido las prácticas preventivas específicas por edad y sexo incluidas en el "Paquete garantizado de servicios de prevención y promoción" y en la Cartilla Nacional de Salud.

Se vigiló la aplicación correcta de los criterios en la infraestructura de los espacios escolares a fin de garantizar a la comunidad educativa entornos favorables a la salud.

Se distribuyeron **29, 516** el Manual para el maestro del Programa Escuela y Salud. Desarrollando competencias para una nueva cultura de la salud.

Se Realizaron 4,931 reuniones dirigidas a padres, sobre la aplicación de los lineamientos en la venta de alimentos en los centros educativos y 120 reuniones dirigidas a (jefes de sector, supervisores de zona escolar y maestros frente a grupo) sobre el conocimiento y aplicación de los Lineamientos en la venta de alimentos dentro del espacio escolar, así como la importancia de los determinantes: alimentación correcta, actividad física, higiene personal, saneamiento básico.

Se realizaron 4,931 talleres sobre Orientación Alimentaria, Orientación técnica sobre el manejo, preparación y conservación de alimentos dirigidos a escolares, padres y maestros del nivel Preescolar, Primaria y Secundaria, incluyendo las tiendas de Consumo Escolar, 17 talleres sobre la utilidad y el uso de la Cartilla de Salud y Paquete Garantizado de servicios de promoción y prevención en las unidades de salud y su apego a los lineamientos en la venta de alimentos en las escuelas.

Se impartieron 17 cursos- talleres de capacitación dirigidos a nutriólogos para realización de somatometría (talla y peso) para la prevención del sobre peso, obesidad y desnutrición en los escolares y 17 cursos- talleres de capacitación dirigidos a nutriólogos, promotores de salud y activadores de educación física para mejorar la higiene y preparación de los alimentos para la prevención del sobre peso, obesidad y desnutrición en los escolares.

Se elaboraron, reprodujeron y distribuyeron 332, 752 materiales educativos gráficos (Carteles, trípticos, folletos, manuales,) dirigidos a población educativa (alumnos, maestros y padres) y personal de salud, sobre orientación alimentaria.

Se realizaron 15 reuniones intersectoriales estatales para seguimiento en el cumplimiento de los Lineamientos estatales y Federales sobre el expendio de alimentos y bebidas en los espacios escolares.

En el 2011, se capacitó al equipo estatal Intersectorial, para la aplicación de los criterios nutrimentales en la venta de alimentos bajos en azúcar, sodio y grasas en las tiendas de consumo escolar y su alineación con la Semaforización de Alimentos estatales.

Se realizaron jornadas a padres de familia sobre alimentación correcta, muestras gastronómicas municipales con productos propios de la región cumpliendo con los principios de una alimentación correcta.

Se acompañó al personal docente en el Programa de Capacitación de la Aplicación de los Lineamientos Generales para la Venta o Distribución de Alimentos y Bebidas en las Tiendas de

Consumo Escolar con énfasis en alimentos bajos en azúcar, sodio y grasas.

Se vigiló la aplicación de los criterios nutrimentales en base a las porciones contempladas en la Semaforización Estatal y se evaluó Permanente la aplicación de los Lineamientos en las dos etapas.

Se acompañó al personal docente en la aplicación del Programa en el Contexto Escolar a través de las Unidades de Salud.

Se impulsó la Orientación por una Nueva Cultura Alimentaria, Actividad Física y las medidas de higiene para conformar más espacios saludables en los establecimientos escolares.

Se intensificó la detección gruesa de problemas de Salud de los escolares (nutricional, visual, auditiva, postural, bucal, vacunal) en educación preescolar, primaria y secundaria.

Se Certificaron Escuelas con Entorno Favorable en la Salud con Distinciones en Tiendas de Consumo Escolar por su aplicación en la Semaforización de Alimentos y Actividad Física en la Comunidad educativa.

En coordinación con el personal de salud se dio seguimiento basal nutricional de 74 escuelas de educación básica para conocer el impacto en el grupo Blanco (Obesos): Vigilancia de Peso y Talla, Toma de IMC., Determinación de Glucosa y Perfil de lípidos.

Se Reprodujeron Recetarios (Menús escolares), en educación primaria y secundaria.

Materiales distribuidos por nivel	Total	Preescolar	Primaria	Secundaria
Manual para madres y padres y toda la familia	328305	49560	149872	128873
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	5483	2151	2598	734
Guía de directivos y docentes. Orientaciones para la regulación del expendio de alimentos y bebidas en los planteles de educación básica	5599	2047	2877	675

Capacitaciones sobre los lineamientos generales, programa de acción en el contexto escolar y Programa Escuela y Salud	
Directores actualizados/capacitados	3523
Docentes actualizados/capacitados	9305

Directivos y Docentes que tomaron el Curso Básico de Formación Continua 2012	22345
Padres de familia actualizados/capacitados	314813
Responsables de Establecimiento de Consumo Escolar actualizados/capacitados	978
Número de Integrantes de los Comités de Establecimiento de Consumo Escolar actualizados/capacitados	978
Número de Integrantes del Comité de activación física actualizados/capacitados	8434
Integrantes del Comité de cuidado del medio ambiente e higiene del entorno escolar actualizados/capacitados	8434
Integrantes del Consejo Escolar de Participación Social actualizados/capacitados	8434

2012

Materiales Distribuidos	
Lunch Escolares saludables	1617
Reproducción de discos de antologías para el curso de formación del PEyS	567
Circulares a directores de niveles para convocar a participar en los cursos de formación, semana nacional de la alimentación, concurso de buenas prácticas hacia nueva cultura de la salud desde la escuela.	4931
Reproducción de discos de con la serie educación saludable para Jefes de sector y Coordinadores para su difusión en escuelas de educ. bas.	95

Estrategias implementadas para garantizar la aplicación en los centros escolares. Con énfasis en la aplicación de los Lineamientos Generales, en la terminación de la Etapa II, y el comienzo de la Etapa III.

a) Promoción y educación para la salud:

b) Se fomentó la activación física regular en todas las Escuelas de educación básica del Estado

En la Entidad se determinó que después de estos años de implementación del PEyS/PACE/LG; la supervisión, evaluación y el seguimiento fue fundamental por lo anterior nos enfocamos a estos tres puntos medulares para garantizar la aplicación de estos.

1.- Se llevó a cabo acciones destinadas a la formación continua de docentes y directivos, con el objeto de otorgarles herramientas para una intervención informada y reflexiva en el aula y en la escuela, al propiciar el desarrollo de competencias en los alumnos de educación básica relacionadas con una alimentación correcta y un estilo activo de vida.-

2.- Se continuó con la Capacitación a la comunidad escolar para desarrollar una cultura de la salud que propicie prácticas de vida saludables así como la vacunación universal contra el VPH. Para ello,

se buscó que directivos, profesores y padres de familia acordaran acciones para apoyar la alimentación correcta y la actividad física regular.

3.-Se acordaron acciones entre supervisores escolares, asesores técnico-pedagógicos, directivos y docentes para participar en espacios formativos ofrecidos tanto por el sector educativo como por el sector salud, que les proporcionaran las herramientas básicas para impulsar proyectos y acciones de orientación alimentaria y fomento a la activación física, dirigidas a la comunidad escolar.

4.- Se realizaron actividades de formación del personal docente, directivo, alumnos y padres de familia en temas relacionados con el Plato del Bien Comer.

- a) Se incorporó en la jornada escolar al menos 30 minutos diarios de actividad física de ligera a moderada.
- b) Se realizó la activación física en tres momentos de la jornada escolar: antes de iniciar las clases, dentro del salón de clases, como actividad lúdica que forma parte del proceso pedagógico en apoyo a los planes y programas de estudio; y en el "recreo activo", con el apoyo de los docentes del plantel y directivos, para la realización de actividades físicas recreativas.
- c) Se articuló la práctica de la activación física con las sesiones de educación física ofrecidas por los profesores especialistas en los horarios y tiempos establecidos en la escuela.

Ya para el 2013, Para el ciclo escolar 2012- 2013, se planteo la focalización y el abordaje de los determinantes tanto en materia de nutrición y activación física como aquellas relacionadas a la salud sexual y reproductiva, a través del cual se pretende incidir en la disminución de embarazos a temprana edad así como promover acciones anticipatorias a la presencia de infecciones de transmisión sexual entre ellas el virus del papiloma humano para lo cual se vacunaron a las alumnas del 5o. grado de las escuelas primarias y el VIH / SIDA, por citar algunos.

La focalización citada se realizó en base al panorama epidemiológico estatal en salud priorizándose aquellos municipios en riesgo y considerándose la oportunidad de cobertura en recursos humanos e infraestructura.

Para el caso del determinante nutrición se focalizaron las acciones de monitoreo y seguimiento en los establecimientos de consumo escolar y en aquellas escuelas donde se consumen desayunos escolares así como aquellas escuelas que se encuentran trabajando el proceso de certificación de Escuelas como Promotoras de la Salud.

En cuanto a la activación física se focalizaron 2 escenarios, en el primero de ellos se ubicaron todas aquellas escuelas que de acuerdo a los resultados nutrimentales del IMC (índice de masa corporal) se encontraron clasificados los alumnos con obesidad y sobrepeso a quienes se les aplico un plan de activación física que los apoyo la disminución del peso corporal; el segundo escenario estuvo

integrado por aquellas escuelas donde los niños solo ameritaron una activación física como cultura de la prevención de la obesidad y el sobrepeso.

Para el éxito de lo antes citado, sin duda un eslabón que se fortaleció fue el mecanismo de coordinación intersectorial entre SALUD- SE- DIF y aquellas otras instancias necesarias que garantizaron el cumplimiento del presente Plan en la aplicación de la tercer etapa de los lineamientos generales.

Por todo lo anterior las escuelas de educación básica en el estado ya están preparadas para dar continuidad a las estrategias que prosiguen en este gran rubro y a la vez recibir con beneplácito en las de Educación Media y Educación Superior en este 2014.

En proceso de inclusión de las demás instituciones participantes.

13. Evaluación

La evaluación es el proceso mediante la cual se obtienen elementos para la mejora continua de todo programa que se implemente y dará pauta para la reestructuración de las estrategia, acción que no se mide, que no se controla, no se puede mejorar.

Dentro de la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes están las estrategias, líneas de acción y actividades que se implementarán para la reducción de la velocidad en el crecimiento del sobrepeso, la obesidad y la Diabetes.

Se tomará en consideración los indicadores de Proceso, Resultado y de Impacto para evaluar la implementación de las acciones de esta estrategia. A través de éstos indicadores, se evaluarán la evolución de los procesos, de los productos del proceso y los resultados finales.

Se evaluarán los indicadores a través de la información de las enfermedades no transmisibles, que las instituciones del sector generen, para obtener registros confiables para la vigilancia de las acciones emprendidas para la toma de decisiones en salud.

Las actividades a evaluar se muestran a continuación, con las metas, la construcción de indicadores y el tipo de indicador.

14. Bibliografía

1. Cfr. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra, Suiza, 2011. Pág. 10.
3. 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.
4. Cfr. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
5. <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>
6. OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Ginebra, 2012.
7. OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.
8. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
9. 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. 184, ,108,153, 170, 93,84,85,87.
10. 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.
11. 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).

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

13. 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.

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

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

16. 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.

17. 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>

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

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

20. <http://inegi.gob.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/default.aspx>

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

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

enero de 2011.

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

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

25. 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

26. 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>

27. 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).,

28. Rivera Dommarco, Juan Ángel, et. al. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. Par. 25 ss, 27

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

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

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

15. Agradecimientos

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

- Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco (IMSS)
- Instituto de Servicios de Seguridad Social a los Trabajadores del Estado, Delegación Tabasco (ISSSTE)
- Instituto de Seguridad Social para los trabajadores del Estado de Tabasco (ISSET)
- Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, Delegación Tabasco (PEMEX)
- Desarrollo Integral de la Familia de Tabasco (DIF)
- Secretaría de Desarrollo Social, Delegación Tabasco (SEDESOL)
- Secretaría de Educación Pública (SEP)
- Instituto del Deporte Tabasco (INDETAB)
- Comisión Nacional del Agua Delegación Tabasco (CONAGUA)

16. Anexo 1: Objetivos, Metas e Indicadores

16.1.--- Secretaría de Salud

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Gestionar la recuperación de espacios físicos para la realización de actividad física	51 Espacios físicos recuperados	PROCESO	Espacios físicos recuperados en las jurisdicciones Sanitarias	Numero de espacios físicos recuperados entre el numero de los espacios físicos programados para recuperar por 100
	Organizar y operacionalizar entornos laborales	51 Entornos (Escolar, escolar, GAM)	PROCESO	Entornos laboral, escolar y GAM trabajados	Numero de entornos trabajados entre el numero de entornos programados para trabaja entre 100
	Establecer capacitaciones al personal de salud	40 % del personal enfocado a la promoción de la salud capacitado	PROCESO	Personal de promoción de la salud capacitado en realización de actividad física y orientación nutricional	Número de personas capacitadas acreditadas entre el número de personas programadas para capacitar por 100.
	Intervenir escuelas para la adquisición de estilos de vida saludables	112 Escuelas	PROCESO	Escuelas con venta de alimentos nutritivos, con horas de actividad física y con disponibilidad en el consumo de agua	Número de escuelas intervenidas entre el número de escuelas programadas para intervenir por 100
	Organizar y fortalecer las redes sociales locales para promocionar estilos de vida saludables	164	PROCESO	Redes sociales formadas y capacitadas en autocuidado de la salud, actividad física, alimentación saludable.	Numero de redes sociales locales formados y capacitados entre el numero de redes sociales locales programados para capacitar por 100
	Promover estilos de vida saludables a través de la medios de comunicación masivos	1	PROCESO	Campañas de comunicación masiva enfocada a la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes	Numero de campañas de comunicación en prevención realizadas entre el numero de campañas de comunicación programada para realizar por 100
	Aplicar el paquete garantizado de prevención y promoción de la salud	31,237	PROCESO	Aplicar el paquete garantizado de prevención y promoción de la salud a niños en escuelas seleccionadas	Número de niños programados para aplicar paquete garantizado entre el humero de niños programados a recibir el paquete garantizado por 100

16.1.--- Secretaría de Salud

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Aplicar esquemas de prevención y detección oportuna	33% de la población >20 años	PROCESO	Detección de Sobrepeso, obesidad y Diabetes a la población > 20 años a través del cuestionario de	Numero de detecciones de Obesidad y Diabetes realizadas entre el número de detecciones de Obesidad y diabetes programadas por 100.
	Incrementar el número de pacientes con confirmación Diagnóstica	Incrementar la confirmación diagnóstica	PROCESO	Incrementar la confirmación diagnóstica de los pacientes con Diabetes.	Numero de detecciones de Diabetes realizadas con confirmación diagnóstica entre el número de detecciones de diabetes positivas por 100
	Incrementar el número de pacientes con atención integral	Incrementar la referencia a UNEME EC	PROCESO	Número de pacientes descontrolados ó con nuevo diagnóstico con referencia a UNEMES EC	Numero de referencias a la UNEME EC realizadas entre el número de referencias programadas a la UNEME EC por 100.
	Incrementar el número de pacientes con Diabetes tipo 2 en control con hemoglobina glucosilada	10 % de los pacientes en tratamiento con Hemoglobina Glucosilada	PROCESO	Porcentaje de pacientes con Diabetes a los que se les realiza una medición anual de	Número de pacientes con Diabetes a los que se les hace una revisión de Hemoglobina glucosilada al año entre la población total con Diabetes por 100
	Incrementar el número de pacientes controlados con hemoglobina glucosilada	10 % de los pacientes controlados con Hemoglobinas	RESULTADO	Porcentaje de pacientes con Diabetes controlados a los que se les realiza hemoglobina glucosilada	Número de pacientes con Diabetes controlados con hemoglobina glucosilada < 7% entre el número de pacientes con diabetes en seguimiento con hemoglobina glucosiladas por
	Lograr el control metabólico de pacientes en tratamiento	50% de los pacientes controlados	RESULTADO	Porcentaje de pacientes con Diabetes en tratamiento controlados	Número de pacientes con Diabetes controlados entre el número de pacientes con Diabetes en tratamiento por 100
	Incrementar el número de pacientes a los que se les realiza detección de complicaciones	10% de los pacientes en tratamiento a los que se les realiza detección de	RESULTADO	Porcentaje de pacientes con Diabetes e Hipertensión a los que se les realiza una medición anual de micro albuminuria	Número de pacientes con Diabetes e Hipertensión con medición de microalbuminuria entre el número de pacientes con Diabetes e Hipertensión por 100

16.1.--- Secretaría de Salud

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Incrementar el control de los pacientes con Obesidad	22% de los pacientes con Obesidad controlados	RESULTADO	Porcentaje de pacientes con Obesidad con la reducción del 5% del peso	Número de pacientes con Obesidad controlados entre el número de pacientes con Obesidad en tratamiento por 100
	Intervención psicoeducativa para el fomento de la salud mental y autocuidado físico	345 pláticas	PROCESO	Platicas de orientación del fomento a la salud mental y el autocuidado	Número de usuarios con sobrepeso, obesidad, diabetes o hipertensión detectados por servicios médicos y referidos a servicios integrales de
	Seguimiento a usuarios con estados emocionales y/o conductuales mórbidos como efecto del padecimiento físico	1254	PROCESO	Intervenciones psicoemocionales a usuarios con diabetes, sobrepeso, obesidad e hipertensión que presenta efectos directos de los estados	Número de atenciones de personas que presentan obesidad, sobrepeso, hipertensión y diabetes que presentan alteraciones mentales y /o emocionales como consecuencia del estado mórbido.
	Capacitaciones al personal Psicólogos en Aderencia Terapeutica	137 Psicólogos	PROCESO	Capacitaciones al personal Psicólogo en Aderencia Terapeutica para otorgar una atención Integral	Numero de capacitaciones realizadas entre el numero de capacitaciones programadas por 100

16.1.--- Secretaría de Salud

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
ATENCIÓN MÉDICA	Fortalecer la actualización del personal de primer nivel de atención en la prevención y el	760 médicos de primer nivel de atención capacitados	PROCESO	Porcentaje de personal de salud de primer nivel de atención capacitado (Médicos), de las 17	Numero de médicos capacitados entre el numero del médicos programado a capacitarse por 100
	Incrementar el número de unidades de salud con abasto oportuno y suficiente de	574 unidades de salud de primer nivel de atención	PROCESO	Porcentaje de unidades de salud del primer nivel de atención salud con abasto	Número de unidades de salud de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos par la Diabetes entre el número

16.1.--- Secretaría de Salud

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
REGULACION SANITARIA	Realizar verificaciones a productos que no cumplan con la normatividad	1739 verificaciones sanitarias	PROCESO	Verificaciones realizadas a productos que no cumplan las especificaciones del acuerdo	Número de verificaciones realizadas a los productos/ número de verificaciones programadas por 100
	Distribuir material impreso, que oriente al personal manipulador de alimentos, sobre buenas prácticas de higiene al	1739 material impreso distribuido	PROCESO	Distribución de material impreso sobre buenas prácticas de higiene al	Número de material impreso sobre buenas prácticas /número de material impreso programado para distribuirlo por 100
	Incrementar las capacitaciones en manejo higiénico de los alimentos	47 capacitaciones realizadas	RESULTADO	Capacitar al en el manejo higiénico de los alimentos y bebidas a los responsables de	Número de capacitaciones realizadas / número de capacitaciones programadas por 100.
	Llevar acabo el monitoreo publicitarios de anuncios de alimentos y bebidas no	60 monitoreos publicitarios realizados	PROCESO	Monitoreos realizados de anuncios de alimentos y bebidas no alcohólicas que se	Número de monitoreos publicitarios realizados / número de monitoreos programados por 100

16.2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.	Formar 10 grupos ChiquitIMSS en el año	PROCESO	Formar grupos de niños de entre 3 y 6 años de edad en UMF y Guarderías para capacitarlos en la estrategia ChiquitIMSS	Numero de grupos formados con niños entre 3 y 6 años de edad entre el número de grupos programados para formar por 100
		150 niños graduados en la estrategia ChiquitIMSS en el año	PROCESO	Capacitar mediante dinámicas participativas a niños de entre 3 a 5 años en temas de salud y de desarrollo humano mediante dinámicas participativas.	Número de niños graduados en la estrategia chiquitIMSS entre el número de niños programados para graduarse por 100
		Formar 12 grupos JuveniMSS en el año	PROCESO	Formar grupos de jóvenes de entre 15 a 19 años para capacitar en la estrategia JUVENIMSS en Centros Escolares de Convenio.	Numero de grupos formados con jóvenes entre 15 y 19 años de edad entre el número de grupos programados para formar por 100
		300 niños graduados en la estrategia JuveniMSS en el año	PROCESO	Formación de Promotores Adolescentes PREVENIMSS en temas de salud para el auto cuidado de su salud.	Número de niños graduados en la estrategia juvenIMSS entre el número de niños programados para graduarse por 100
		Formar 3 grupos de Pasos Por la Salud en Unidad de Medicina Familiar	PROCESO	Formación de grupos con personas que presentan sobrepeso y obesidad, y usuarios en general, para la integración de los grupos de Pasos por la Salud.	Numero de grupos "Pasos por la salud" formados con personas que presentan sobrepeso, obesidad entre el numero de grupo programados para formarse por 100
		100 sesiones educativas realizadas en UMF's en el año	PROCESO	Integración de grupos para sesión educativa en Unidades de Medicina Familiar.	Numero de sesiones educativas realizadas entre el numero de sesiones educativas programadas por 100

16.2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Detectar oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo	Alcanzar una cobertura de detección de Diabetes M. de: 20% en Mujeres, 16.7% en hombres y 26.8 % en adultos mayores	PROCESO	Realizar la detección oportuna de Diabetes M. de primera vez en derechohabientes de 45 y mas años en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social	Numero de detecciones realizadas entre el numero de detecciones programadas por 100
		Obtener un índice de sospecha de Diabetes de 13 a 22% en cada grupo de edad	PROCESO	Aplicar los criterios de detección de Diabetes M. con base en las Guías Técnicas PrevenIMSS	Numero de detecciones positivas realizadas entre el numero de detecciones realizadas por 100
		Mediantes PrevenIMSS en empresas evaluar el estado de Nutrición del 95% de los trabajadores de Empresas de convenio	RESULTADO	Atención de Empresas de Convenio en el Programa de PrevenIMSS en empresas para realizar la Atención Preventiva Integrada a sus trabajadores	Número de empresas con intervención del 95% de los trabajadores entre el número de empresas de convenio por 100
		Evaluar el estado de Nutrición en el 95% de los niños que se les realiza Atención Preventiva Integrada	RESULTADO	Realizar la Atención Preventiva Integrada en derechohabientes de 5 a 9 años de edad en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social	Número de niños con evaluación nutricia entre el número de niños con atención preventiva integrada por 100
		Evaluar el estado de Nutrición en el 95% de los adolescentes que se les realiza Atención Preventiva Integrada	RESULTADO	Realizar la Atención Preventiva Integrada en derechohabientes de 10 A 19años de edad en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social	Número de niños de 10 a 19 años con evaluación nutricia entre el número de niños de 10 a 19 años con atención preventiva integrada por 100

16.2 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Fomentar la corresponsabilidad del paciente y su familia para la prevención, tratamiento y control.	Formación de grupos de 20 pacientes cada uno	PROCESO	El Médico Familiar deriva a los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 .	Numero de grupos formados con pacientes con DM tipo 2 entre el número de grupos programados para formarse por 100
		Reconquista del 100% de los pacientes remisos	PROCESO	Trabajo Social integra los grupos educativos. Reconquista de pacientes remisos	Numero de grupos activos entre el numero de grupo con pacientes remisos por 100
		Cumplimiento del 100% del programa educativo	PROCESO	La Enfermera General elabora y aplica el programa educativo con participación del equipo multidisciplinario de apoyo (Estomatología, nutrición)	Número de pacientes controlados entre el número de pacientes en tratamiento por 50%
		Detectar las complicaciones oportunamente y referir al 100 % de pacientes detectados al segundo nivel.	RESULTADO	El Médico Familiar del Módulo Detección temprana de nefropatía, retinopatía y alteraciones de pie en pacientes con Diabetes y referir al especialista en el momento oportuno.	Numero de detecciones de complicaciones realizadas al paciente con Diabetes entre el numero de detecciones programadas por 100
		Lograr el control metabólico en el ≥ 45 % de los pacientes	RESULTADO	El Médico Familiar del Módulo deriva a los pacientes al servicio de Estomatología, para la prevención o atención de la patología bucal	Número de pacientes en tratamiento con hemoglobina glucosilada entre pacientes programados a controlar con hemoglobina glucosilada.
		Detectar las complicaciones oportunamente y referir al 100 % de pacientes detectados al segundo nivel.	RESULTADO	El MF del Módulo deriva a nutrición a los pacientes que presentan: - IMC $>25 \leq 29.9$. - IMC mayor 30. - Colesterol y triglicéridos, fuera de valores normales. - Pacientes identificados con Enfermedad Renal Crónica etapas 2 y 3. - Si existe dificultad para el apego a su plan alimentario. - Si se detecta cualquier otro riesgo en su salud.	Número de pacientes controlados entre el número de pacientes en tratamiento por 50%
		Promover métodos de planificación familiar a las pacientes en edad reproductiva que cursan con diabetes mellitus tipo 2.	PROCESO	Identificar en toda mujer en edad fértil el riesgo reproductivo y promover el uso de un método anticonceptivo de alta continuidad, apoyado en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.	Número de mujeres en edad fértil con DM tipo 2 a la que se ofrece un método de planificación familiar entre el número de pacientes con DM tipo 2 en tratamiento (mujeres en edad fértil) por 100

16.3 Instituto de Servicios de Seguridad Social a los Trabajadores del Estado, Delegación Tabasco (ISSSTE)

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Vigilancia epidemiológica de Enfermedades No transmisibles	100% de casos identificados registrados en la Plataforma SINAVE	PROCESO	Seguimiento del Sistema de Vigilancia epidemiológica SINAVE.	Número de casos identificados con sobrepeso u obesidad registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica
	Promoción de la Salud y comunicación educativa	3 consultas por hora y consulta de seguimiento	PROCESO	Consulta de Nutrición en las Clínicas de Medicina Familiar a personas con sobrepeso u obesidad, con cartilla de sobrepeso y obesidad y seguimiento	Número de consultas de nutrición otorgadas con cartillas de sobrepeso y obesidad entre las consultas programadas por 100
		55 dependencias visitadas al año	PROCESO	Visitas de atención médica preventiva en centros laborales a través de la Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS) y recomendaciones de alimentación correcta	Numero de dependencias con visitas de atención preventiva y recomendaciones de alimentación correcta entre el numero de dependencias programadas para intervenir por 100
		3 veces por semana durante 30 min	PROCESO	Promoción de la actividad física en unidades médicas y centros laborales	Numero de activaciones realizadas entre el numero de activaciones programadas por 100
		18 espacios	PROCESO	Creación de espacios físicos para la realización de activación física laboral.	Número de espacios físicos en los que se realiza activación física
		Educación para la salud	Difusión en 18 unidades médicas, 55 centros laborales y eventos de salud extramuros	PROCESO	Promoción de alimentación correcta, activación física y consumo de agua simple potable.
	1 por trimestre		PROCESO	Capacitar al personal de salud en orientación nutricional, activación física	Numero de capacitaciones al personal jurisdiccional realizadas entre el numero de capacitaciones al personal programadas

16.3 Instituto de Servicios de Seguridad Social a los Trabajadores del Estado, Delegación Tabasco (ISSSTE)

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Realizar detección oportuna de factores de riesgo a través de Jornadas de Bienestar integral	Mediciones antropométricas al 100% de personas que reciben atención médica preventiva	PROCESO	Mediciones antropométricas para Detección de sobrepeso y obesidad	Numero de mediciones antropométricas realizadas en jornadas de bienestar integral entre el número de asistentes por 100
		Orientación nutricional al 100% de personas con sobrepeso u obesidad	PROCESO	Orientación nutricional en personas con sobrepeso y obesidad	Numero de orientaciones otorgadas en pacientes con sobrepeso y obesidad entre el número de pacientes con sobrepeso u obesidad
		Distribución de mensajes y platica educativa en el 100% de asistentes	PROCESO	Promoción de alimentación correcta, activación física y consumo de agua simple potable.	Numero de mensajes distribuidos de activación física y consumo de agua simple en asistentes de las jornadas de bienestar integral ente los número de asistentes en las jornadas por 100
	Detección oportuna de factores de riesgo	Aplicación de la ERES al 20% de trabajadores activos del Instituto	PROCESO	Identificación de sobrepeso y obesidad a través de la Evaluación de Riesgo en Salud (ERES) en plataforma Institucional PrevenISSSTE cerca de ti.	Número de Derechohabientes que responden la evaluación de Riesgo en salud (ERES) entre el número de pacientes programados por 100
		100 de Mediciones antropométricas para Detección de sobrepeso y obesidad	PROCESO	Atención preventiva en Módulos PrevenISSSTE de las clínicas de medicina familiar.	Número de personas con mediciones antropométricas entre el número de usuarios de los módulos PrevenISSSTE
		100% de personas con sobrepeso u obesidad referidos a Nutrición.	PROCESO	Consulta médica prevenISSSTE en las Clínicas de medicina familiar, con referencia a consulta de nutrición.	Numero de derechohabientes que acuden a consulta de nutrición y presentan sobrepeso u obesidad entre el número de personas que fueron atendidos en la clínica PrevenISSSTE por 100
		25% de la población de 20 años y más	PROCESO	Aplicar cuestionario de factores de Riesgo a todo paciente mayor de 20 años que acuda primera vez a la unidad médica independientemente la causa por la que acude.	Numero de detecciones de FR realizadas entre el numero de FR programadas por 100

16.3 Instituto de Servicios de Seguridad Social a los Trabajadores del Estado, Delegación Tabasco (ISSSTE)

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Control de la enfermedad y detección oportuna de complicaciones	50% de pacientes controlados	RESULTADO	Controlar la Diabetes con tratamiento farmacológico	Número de pacientes con Diabetes tipo 2 controlados entre número de pacientes en tratamiento por 50
		60% de pacientes con Diabetes	RESULTADO	Detección temprana de nefropatía, retinopatía y alteraciones de pie en pacientes con Diabetes y referir al especialista en el momento oportuno.	Numero de detecciones realizadas entre el numero de detecciones programadas por 100
		Lograr el control metabólico optimo en un mínimo de 60 % de pacientes que acuden de forma subsecuente, con hemoglobina glucosilada menor de 7%	RESULTADO	Control de la Diabetes a través de Hemoglobina Glucosilada en Módulos de Manejo Integral de Diabetes por etapas (MIDE) en las clínicas de medicina familiar de Cárdenas y Casa Blanca, incluyendo pacientes que pertenecen a Grupos de ayuda mutua.	Número de pacientes subsecuentes con hemoglobina glucosilada menor de 7% entre total de pacientes a quienes se realizó hemoglobina glucosilada en el mismo período, registrados en el SIMIDE.
		2 sesiones del GAM por mes	PROCESO	Sesión del GAM con temas de autocuidado de la salud	Numero de sesiones del GAM entre lo programado por 100
		Mediciones antropométricas al 100% de los integrantes del GAM, mensual con reducción del 3% de peso ó 2 cm de cintura	PROCESO	Establecer metas de tratamiento comparando mediciones antropométricas basales.	Disminución del 3% de peso ó 2 cm de cintura en relación a registros basales.

16.4 DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Consolidar las acciones enfocadas a la reducción de azúcares, grasas saturadas y sal en los programas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA) particularmente en el programa Desayunos Escolares.	2,866 recetas distribuidos a comités en los 17 municipios del Estado	PROCESO	Elaboración de menús cíclicos para la preparación de los Desayunos Escolares bajo los Criterios de Calidad Nutricia de la EIASA	Numero de recetas distribuidos a los comités municipales entre recetas programados para distribuir en los comités municipales por 100
		3,082 demostraciones culinarias en los 17 municipios del Estado	PROCESO	Promoción de platillos saludables bajo los Criterios de Calidad Nutricia de la EIASA a través de demostraciones culinarias a comités de madres	Numero de demostraciones brindadas a los comités de madres entre demostraciones programados a comités de madres por 100
		1,375 capacitaciones en los 17 municipios del Estado	PROCESO	Total de capacitaciones realizadas sobre los Grupos de Alimentos: El plato del bien comer y Menús cíclicos saludables	Numero de capacitaciones brindadas entre capacitaciones programados a comités de madres por 100
	Fortalecer la inclusión de verduras, frutas, leche descremada, cereales integrales, leguminosas y agua simple potable en los programas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA)	100 Huertos activos en los 17 municipios del Estado	PROCESO	Promover la creación de huertos escolares en los establecimientos donde opera el programa Desayunos Escolares.	Numero de huertos activos en los 17 municipios de Estado entre el numero de huertos programados por 100
		1,330 capacitaciones en los 17 municipios del Estado	PROCESO	Brindar capacitación: creación del Huerto Escolar en los establecimientos donde opera el programa Desayunos Escolares.	Numero de capacitaciones brindadas entre capacitaciones programados a comités de madres por 100
		108 capacitaciones en los 17 municipios del Estado	PROCESO	Brindar capacitación: "Ama tu tierra", donde se fomenta la producción de alimentos de la región principalmente verduras y frutas de temporada, tomando como base el Plato del bien comer	Numero de capacitaciones brindadas entre capacitaciones programados a comités de madres por 100
		1,337 capacitaciones en los 17 municipios del Estado	PROCESO	Capacitación 14 Mensajes de Orientación alimentaria de la EIASA	Numero de capacitaciones brindadas entre capacitaciones programados a comités de madres por 100

16.5 SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
OPORTUNIDADES	Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida saludables.	500 sesiones MAC y MAPOS	PROCESO	Los Responsables de Atención del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, difunden en las Mesas de Atención Personalizadas Oportunidades (MAPO's) y Mesas de Atención a Comités (MAC) los temas: "Estilos de vida saludables" y "Nutrición"	Numero de sesiones realizadas en estilos de vida saludables y nutrición entre numero de sesiones programadas por 100
		400 trípticos	PROCESO	En conjunto con la Secretaría de Salud elaborar un tríptico con información de "Nutrición saludable", el cual será distribuido en las oficinas de Unidad de Atención Regional del programa Oportunidades, a los beneficiarios que acudan a realizar algún trámite.	Numero de trípticos diseñados y distribuidos con información de Nutrición saludables entre el numero de trípticos programados para distribuir por 1000
		2 talleres anuales, uno con el tema de "Alimentación y Salud" y otro con el tema "Nutrición".	PROCESO	Las titulares del Programa Oportunidades acuden bimestralmente a la Unidad Médica Asignada, para recibir un taller de autocuidado de la salud. Entre los temas que incluyen las sesiones del taller, se encuentra "Alimentación y Salud" y "Nutrición".	Numero de talleres impartidos entre el numero de talleres programados por 100
	Detectar oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo.	Citas médicas programadas durante el año para cada miembro de la familia	PROCESO	Los integrantes de las familias beneficiarias del Programa Oportunidades, acuden a sus citas médicas programadas en la Unidad Médica asignada. Con el propósito, entre otras cosas, de detectar a tiempo alguna enfermedad relacionada a los hábitos alimenticios y llevarle el control adecuado.	Numero de citas médicas programadas y atendidas entre el numero de citas médicas programadas para su atención por 100

16.5 SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
DICONSA	Abastecer localidades de alta y muy alta marginación con productos básicos y complementarios económica y de calidad, en forma eficaz y oportuna.	700 Tiendas	PROCESO	Platicas para la preparación y aprovechamientos de alimentos nutritivos "Plato del Buen Comer"	Numero de Capacitaciones Impartidas entre el numero de capacitaciones programadas por 100
		700 Tiendas	PROCESO	Colocación de Carteles señaladores en las Tiendas sobre la Campaña "Los Colores de la Nutrición"	Número de tiendas con colocación de carteles sobre la campaña los colores de la nutrición entre número de tiendas programadas por 100
		700 Tiendas	PROCESO	Ubicación de Productos en Anaqueles de acuerdo a las banderas nutricionales	Número de tiendas con colocación de anaqueles identificado con banderas nutricionales entre número de tiendas programadas para colocación de anaqueles por 100
		13,993 Beneficiarios	PROCESO	Entrega de Apoyo por medio de 13 Productos Nutritivos	Numero de beneficiarios con la entrega de apoyo de los productos nutricios entre la población beneficiaria por 100

16.6 SECRETARIA DE EDUCACIÓN.

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Aplicar los "Lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparadas y procesadas en las escuelas del sistema educativo nacional, los planteles educativos en el Estado de Tabasco	5,290 Escuelas de los diferentes Niveles Educativos	PROCESO	Escuelas a las que se les otorga el seguimiento de los lineamientos Generales.	Número de Escuelas que se les otorga los Lineamientos generales entre el número de escuelas programadas para otorgar los Lineamientos por 100. Fuente: Informes trimestrales.

16.7.- SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
SALUD PÚBLICA	Aplicar esquemas de prevención y detección oportuna	10% de la población >45 años y más	PROCESO	Detección de Sobrepeso, obesidad y Diabetes a la población > 45 años a través del cuestionario de factores de riesgo.	Numero de detecciones de Obesidad y Diabetes realizadas entre el número de detecciones de Obesidad y diabetes programadas por 100.
	Incrementar el número de pacientes con confirmación Diagnóstica	Incrementar la confirmación diagnóstica	PROCESO	Incrementar la confirmación diagnóstica de los pacientes con Diabetes.	Numero de detecciones de Diabetes realizadas con confirmación diagnóstica entre el número de detecciones de diabetes positivas por 100
	Incrementar el número de pacientes controlados con hemoglobina glucosilada	10 % de los pacientes controlados con Hemoglobinas glucosiladas < 7%	RESULTADO	Porcentaje de pacientes con Diabetes controlados a los que se les realiza hemoglobina glucosilada	Número de pacientes con Diabetes controlados con hemoglobina glucosilada < 7% entre el número de pacientes con diabetes en seguimiento con hemoglobina glucosiladas por 100

16.8 INSTITUTO DEL DEPORTE DE TABASCO

PILAR	OBJETIVO	META	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
INSTITUTO DEL DEPORTE DE TABASCO	Promover estilos de vida saludables a través de la medios de platicas al personal y equipos deportivos	10	PROCESO	Platicas enfocadas a la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes	Numero de campañas de comunicación en prevención realizadas entre el numero de campañas de comunicación programada para realizar por 100
	Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida saludables.	200	PROCESO	En conjunto con la Secretaría de Salud elaborar un tríptico con información de "Estilo de vida saludable", el cual será distribuido en las oficinas del INDETAB que acudan a realizar algún trámite y a los deportistas de alto rendimiento.	Numero de trípticos diseñados y distribuidos con información de Nutrición saludables entre el numero de trípticos programados para distribuir por 100
	Aplicación del programa de capacidad funcional "ponte al 100" a los 17 municipios del estado a población entre 6 y 60 años de edad.	20,000	PROCESO	Aplicación de pruebas de capacidad funcional donde se detecta obesidad y se dan sugerencias de alimentación y ejercicios personalizados subidos a una base de datos creada por CONADE www.depware.com	Numero de evaluaciones aplicadas entre el número de evaluaciones programadas por 100.