SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Personal Operativo de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes en el Primer Nivel de Atención

Lineamientos 2017

Más vale prevenir

Chécate Mídete Muévete

CENAPRECE

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

DIRECTORIO

Dr. Jesús Felipe González Roldán
Director del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma
Director General Adjunto de Programas Preventivos

Dr. Cutberto Espinosa López
Subdirector de Enfermedades Crónico Degenerativas y Encargado del Despacho de la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Dra. María Liliana Vega Pérez
Médico Especialista adscrito al Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

ÍNDICE

		Página
I.	Introducción	7
II.	Antecedentes	9
III.	Pilares y Ejes Estratégicos	20
IV.	Objetivo General	22
V.	Objetivos Específicos	22
VI.	Criterios para la Contratación de Personal con Recurso Ramo 12, para el Ejercicio Fiscal 2017	22
VII.	Perfiles de los Profesionales de la Estrategia	26
VIII.	Actividades	26
IX.	Indicadores	29
X.	Organigrama	35
XI.	Cronograma de Reporte de Actividades	39
XII.	Anexos	40
XIII.	Glosario de Términos	44
XIV.	Bibliografía	48

I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

1.- Salud Pública
2.- Atención Médica
3.- Regulación Sanitaria

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

II. ANTECEDENTES

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades crónicas, que afecta tanto a niños como adultos, desafortunadamente son detonantes para el desarrollo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), como la diabetes mellitus (DM), dislipidemias, hipertensión arterial (HTA) , enfermedades cardiovasculares (ECV), dislipidemias y algunos tipos de cáncer, las ECNT son las primeras causas de muerte tanto en hombres como en mujeres.

En México, la prevalencia se ha triplicado y continua creciendo a un ritmo alarmante, especialmente entre los niños, 1 de cada 3 en edad escolar presentan problemas de sobrepeso y obesidad, lo que nos coloca como el 2° país de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con mayor incidencia.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 el 9.4% de los adultos entrevistados (10.3% de las mujeres y 8.4% de los hombres) contestaron haber recibido el diagnóstico de diabetes por parte de un médico (Figura 1). Se observó un ligero aumento en la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo con respecto a la ENSANUT 2012 (9.2%) 33 y un mayor aumento con respecto a la ENSANUT 2006 (7.2%) 34 (Figura 1).

El mayor aumento de la prevalencia de diabetes, al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT MC 2016, se observó entre los hombres de 60 a 69 años de edad y entre las mujeres con 60 o más años de edad (Figura 2). En esta encuesta, la mayoría de los diabéticos con diagnóstico médico previo tiene entre 60 y 79 años.

Figura 1
Prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes por sexo y edad.
ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016

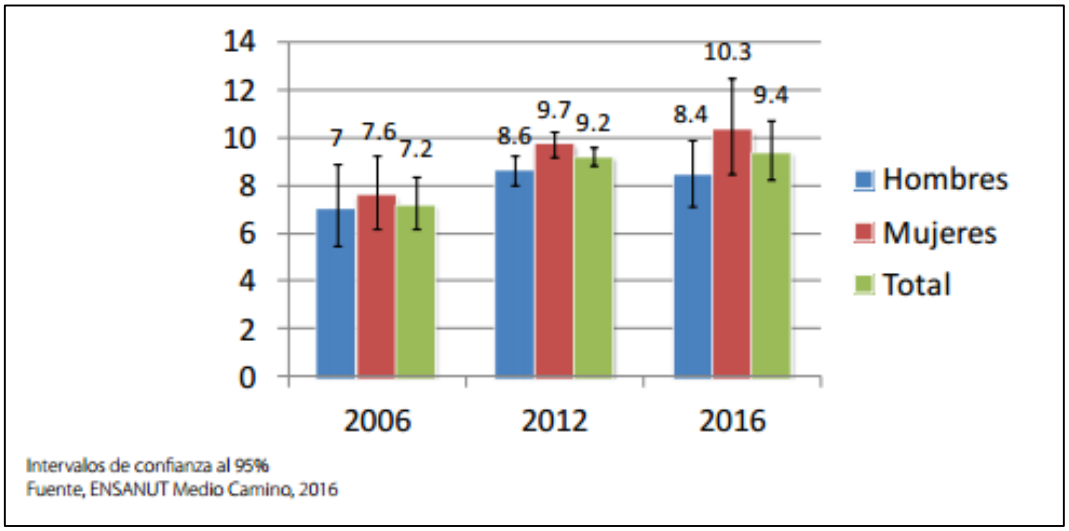
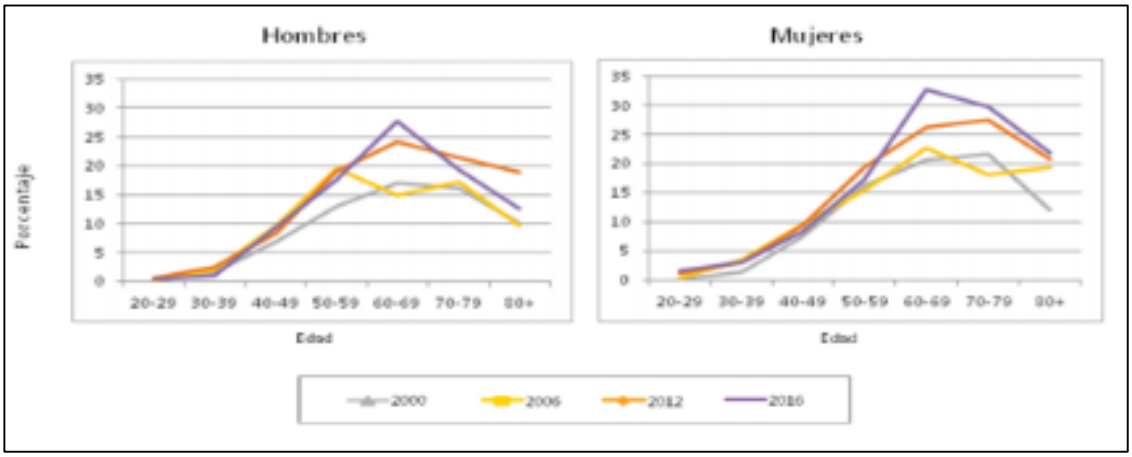
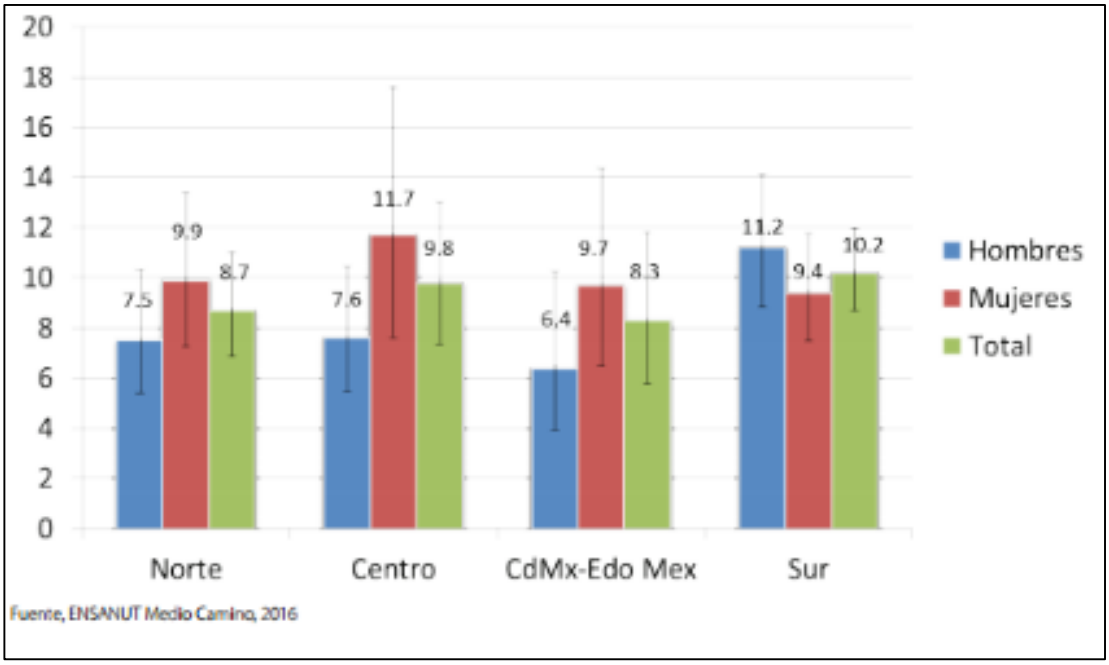


Figura 2
Prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes por sexo y edad. ENSA 2000, ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016



El reporte de diabetes por diagnóstico médico previo fue mayor entre mujeres que entre hombres, tanto a nivel nacional (10.3% vs 8.4%), como en localidades urbanas (10.5% vs 8.2%) ó rurales (9.5% vs 8.9%) (Figuras 3, 4 y 5). El diagnóstico previo de diabetes fue más frecuente en mujeres que viven en localidad urbana (10.5%) que en localidad rurales (9.5%). De manera inversa, los hombres en localidad urbana tuvieron una menor proporción de diagnóstico previo (8.2%) que en localidad rural (8.9%) (Figuras 4 y 5) 48 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016.

Figura 3
Prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes según sexo y región. Población de 20 años y más de edad. México ENSANUT MC 2016



En términos regionales, la mayor prevalencia de personas con diagnóstico médico previo de diabetes se observó en la región sur (10.2%). Para las mujeres, la mayor prevalencia de diabetes se observó en el centro del país (11.7%), mientras que para los hombres se observó en la región sur (11.2%) (Figura 3).

En las localidades de residencia urbanas la mayor prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en ambos sexos y en las mujeres se presentó en la región centro (10.5% y 12.5%, respectivamente).

En la región sur se observó la mayor proporción de hombres con diagnóstico médico previo de diabetes (11.3%) (Figura 4). En las localidades de residencia rurales de la región sur, se observó mayor proporción de diabéticos en toda la población (10.2%) y en los hombres (11.0%), mientras que en la región norte se observó la mayor proporción en las mujeres (10.3%) (Figura 5).

Figura 4
Prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes según sexo y región, en localidades urbanas
Población de 20 años y más años. México ENSANUT MC 2016

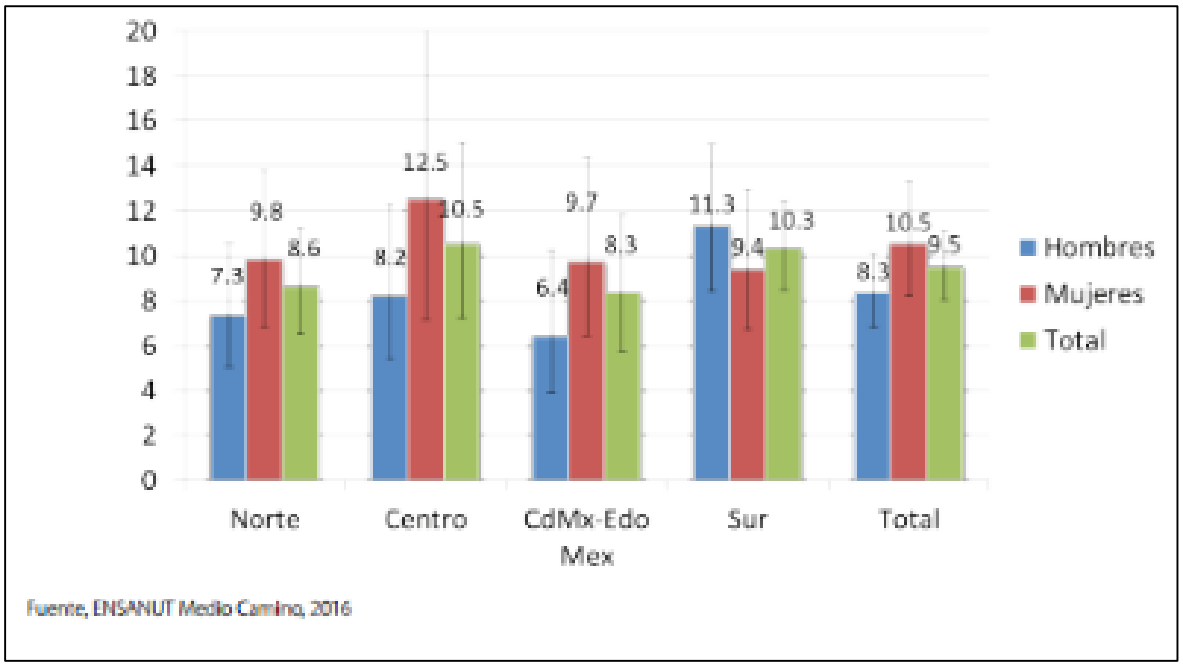
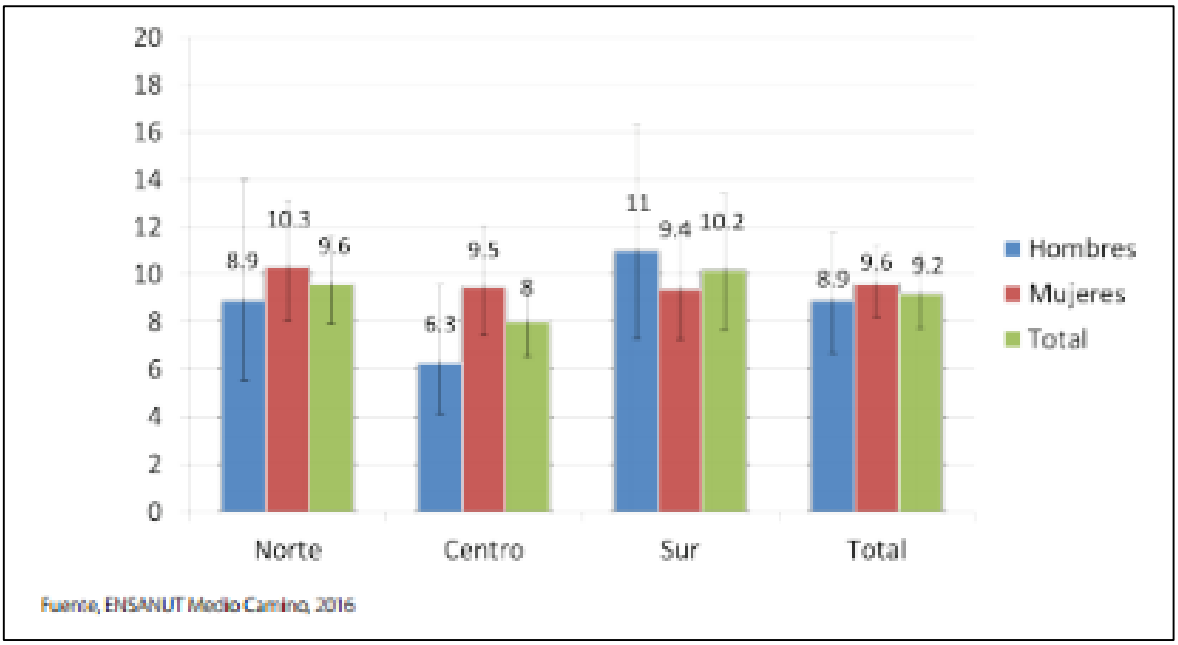


Figura 5
Prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes según sexo y región, en localidades rurales
Población de 20 años y más años. México ENSANUT MC 2016



En México la prevalencia actual de hipertensión arterial es de 25.5%, y de éstos el 40.0% desconocía que padecía esta enfermedad. La proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controlada (<140/90 mmHg) es de 58.7 %. Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reportó tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial.

En los hombres la prevalencia de hipertensión arterial es de 24.9%, de los cuales el 48.6% ya conocían que tenían hipertensión antes de participar en la encuesta porque un médico previamente les había dado el diagnóstico. En las mujeres, la prevalencia de hipertensión arterial es de 26.1%, de las cuales el 70.5% ya había recibido previamente el diagnóstico médico de hipertensión. En la ENSANUT 2016, la prevalencia de hipertensión arterial por hallazgo de la encuesta fue 4.1 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 80 o más años de edad (Cuadro 20). Por otro lado, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo fue 12.8 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 80 ó más años de edad.

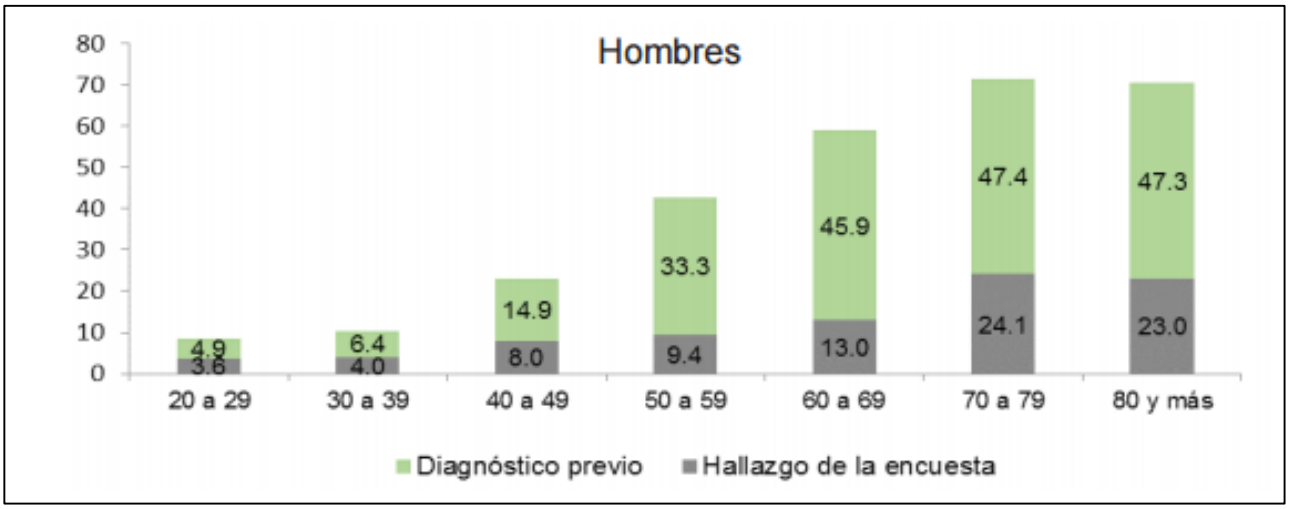
Cuadro 1
Distribución de los casos de hipertensión arterial por grupo de edad. ENSANUT 2016.

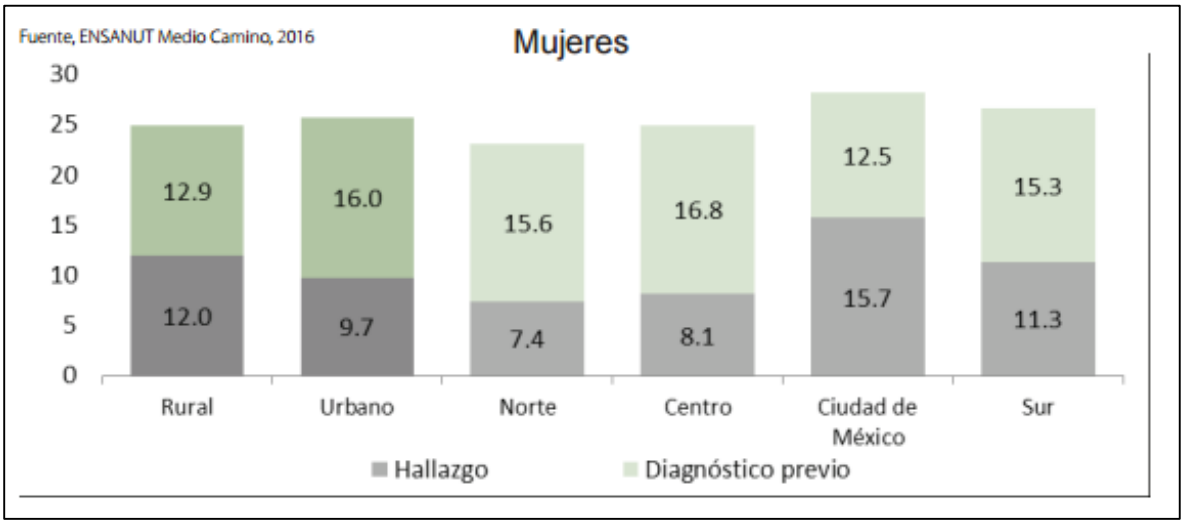
Edad en años	Hallazgo en la encuesta				Diagnóstico médico previo			
	Muestra número	Número (miles)	Expansión		Muestra número	Número (miles)	Expansión	
			%	IC 95%			%	IC 95%
20 a 29	54	943.2	5.4	(3.6,8.0)	42	511.8	2.9	(1.8,4.7)
30 a 39	104	917.6	5.6	(3.8,8.1)	94	1254.1	7.6	(3.8,14.6)
40 a 49	164	1356.2	10.6	(8.3,13.6)	224	1728.9	13.6	(11.3,16.2)
50 a 59	157	1269.1	13.3	(10.4,16.9)	332	2525.6	26.5	(22.1,31.4)
60 a 69	178	1449.8	19.6	(14.4,26.2)	351	2682.0	36.3	(30.2,43.0)
70 a 79	129	716.2	23.9	(17.9,31.2)	238	1268.8	42.4	(36.0,49.1)
80 o más	53	253.7	22.1	(14.7,31.9)	84	427.6	37.3	(27.5,48.3)
Total	839	6906.0	10.2	(8.9,11.7)	1,365	10398.9	15.3	(13.4,17.5)

Fuente, ENSANUT Medio Camino, 2016
Hallazgo de la encuesta = adultos con cifras de tensión arterial sistólica ≥140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥90 mmHg y no tenían un diagnóstico previo de hipertensión.
Diagnóstico médico previo = adultos que reportaron haber recibido previamente de un médico el diagnóstico de hipertensión arterial

En la Figura 6, se muestran las distribuciones de la prevalencia de hipertensión arterial categorizadas por sexo y grupo de edad. Tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia más baja de hipertensión se encontró en el grupo de 20 a 29 años de edad y la prevalencia más alta en el grupo de 80 o más años. En la ENSANUT 2016 no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de hipertensión arterial entre las regiones geográficas ni entre las localidades rurales y urbanas (Figura 19).

Figura 6
Distribución de los casos de hipertensión arterial por grupo de edad y sexo





La prevalencia de hipertensión arterial entre quienes fueron diagnosticados durante la encuesta y no sabían que tenían esta enfermedad (hallazgo), fue mayor en la ciudad de México (15.7%, IC 95% 11.3, 21.3) que en la región norte (7.4% IC 95% 5.8, 9.3) o el centro del país (8.1%, IC 95% 6.5, 10.0).

La evaluación del estado nutricio de la población mayor de 20 años de edad se realizó en 8,275 individuos que representan a 69,516,037 adultos a nivel nacional.

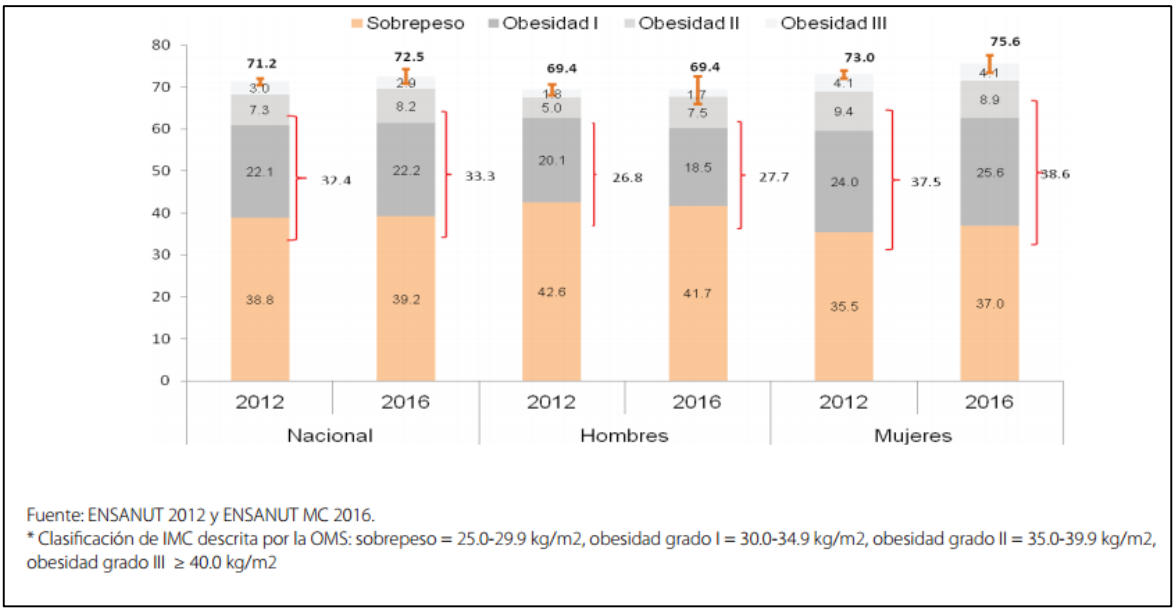
Para el análisis de circunferencia de cintura se consideraron 8,036 individuos con datos válidos, que representan a 68,113,507 adultos.

En adultos de 20 o más años de edad la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 71.2% (IC95% 70.5, 72.1) en la ENSANUT 2012 y de 72.5% (IC95% 70.8, 74.3) en la ENSANUT MC 2016 (Figura 7). Esta diferencia de 1.3 puntos porcentuales no fue estadísticamente significativa.

Al categorizar por sexo en la ENSANUT MC 2016, se observa que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (IMC ≥25 kg/m2) es mayor en las mujeres (75.6%, IC 95% 73.5, 77.5) que en los hombres (69.4%, IC 95% 65.9, 72.6); y que la prevalencia de obesidad (IMC ≥30 kg/m2) es también más alta en el sexo femenino (38.6%, IC 95% 36.1, 41.2) que en el masculino (27.7%, IC95% 23.7, 32.1).

Asimismo, la categoría de obesidad mórbida (IMC ≥ 40.0 kg/m2) es 2.4 veces más alta en mujeres que en hombres

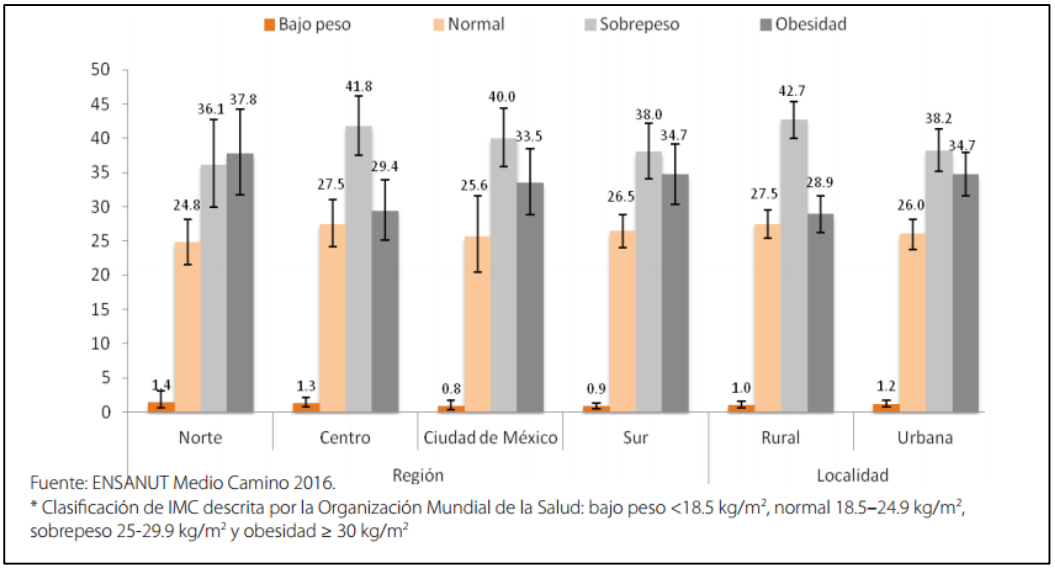
Figura 7
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 20 años y más de edad, en la ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016.



Fuente: ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016.
* Clasificación de IMC descrita por la OMS: sobrepeso = 25.0-29.9 kg/m2, obesidad grado I = 30.0-34.9 kg/m2, obesidad grado II = 35.0-39.9 kg/m2, obesidad grado III ≥ 40.0 kg/m2

Por tipo de localidad, la prevalencia de sobrepeso fue 11.6% más alta en las localidades rurales que en las urbanas (Figura 8), y la prevalencia de obesidad fue 16.8% más alta en las localidades urbanas que en las rurales. En la categorización por regiones, la prevalencia de obesidad fue mayor en la región Norte que en el Centro (-22.2%), Ciudad de México (-11.4%) y región Sur (-8.2%), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas

Figura 8
Comparación de las categorías de IMC en adultos de 20 o más años de edad, de acuerdo a la región del país y tipo de localidad



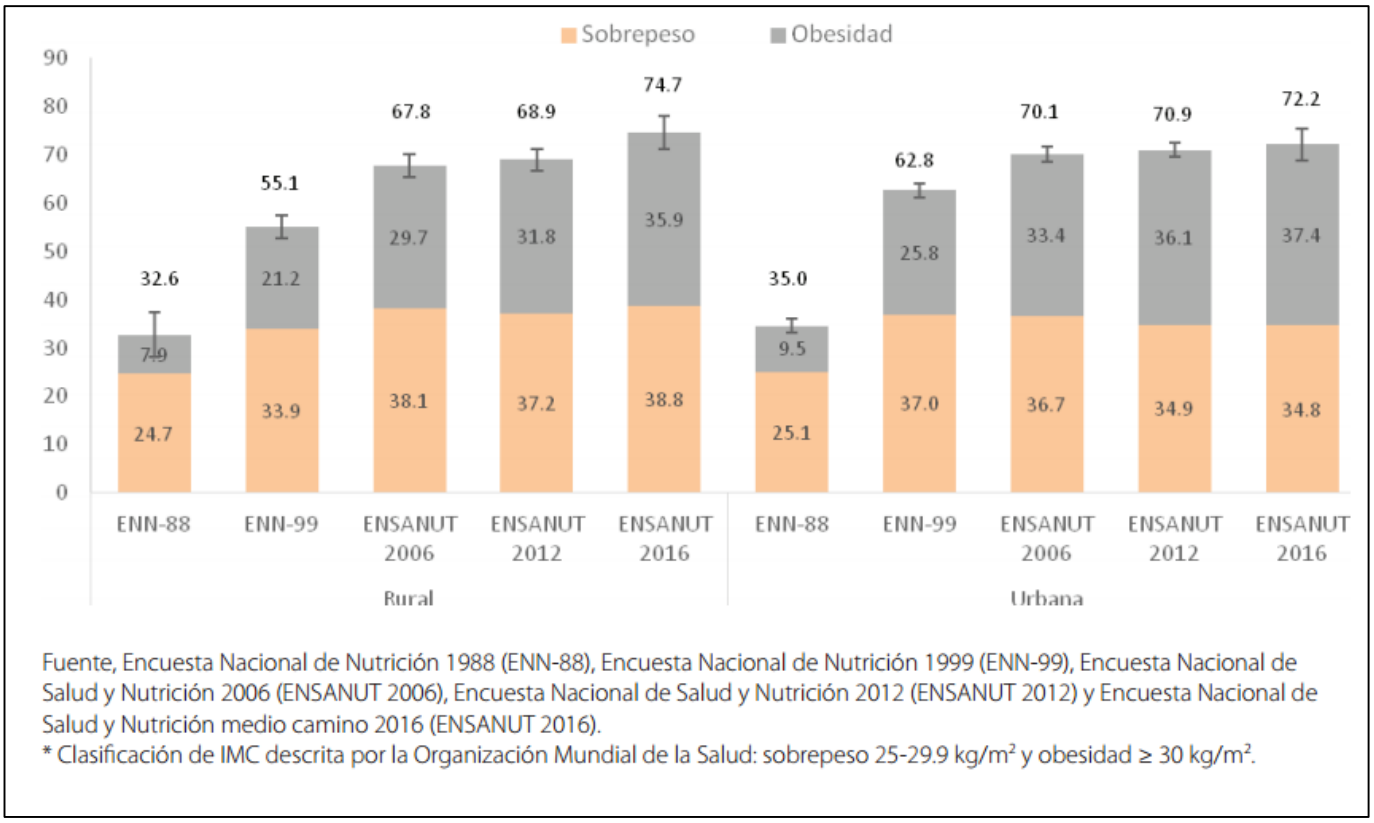
Fuente: ENSANUT Medio Camino 2016.
* Clasificación de IMC descrita por la Organización Mundial de la Salud: bajo peso <18.5 kg/m², normal 18.5–24.9 kg/m², sobrepeso 25-29.9 kg/m² y obesidad ≥ 30 kg/m²

Como ya se mencionó, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad para la totalidad de los adultos (sin desagregar por sexo) no tuvo diferencias estadísticamente significativas entre el año 2012 (71.2%, IC 95% 70.5, 72.1) y el año 2016 (72.5%, IC 95% 70.8, 74.3). En el caso de las mujeres de 20 a 49 años de edad, es posible evaluar las tendencias durante un periodo de 28 años (1988 a 2016).

Durante este período, la prevalencia de sobrepeso incrementó 42.4% y la prevalencia de obesidad 290.5%. Aunque la prevalencia de sobrepeso se mantuvo entre el año 2012 y 2016, la prevalencia de obesidad aumentó 5.4%.

Al comparar las mujeres de las localidades rurales y urbanas durante el periodo de 1988 a 2016, las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad solo fueron estadísticamente diferentes en la ENN 1999 (Figura 9).

Figura 9
Tendencia de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres de 20 a 49 años de edad, categorizando por tipo de localidad. ENN-1988, ENN-1999, ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016

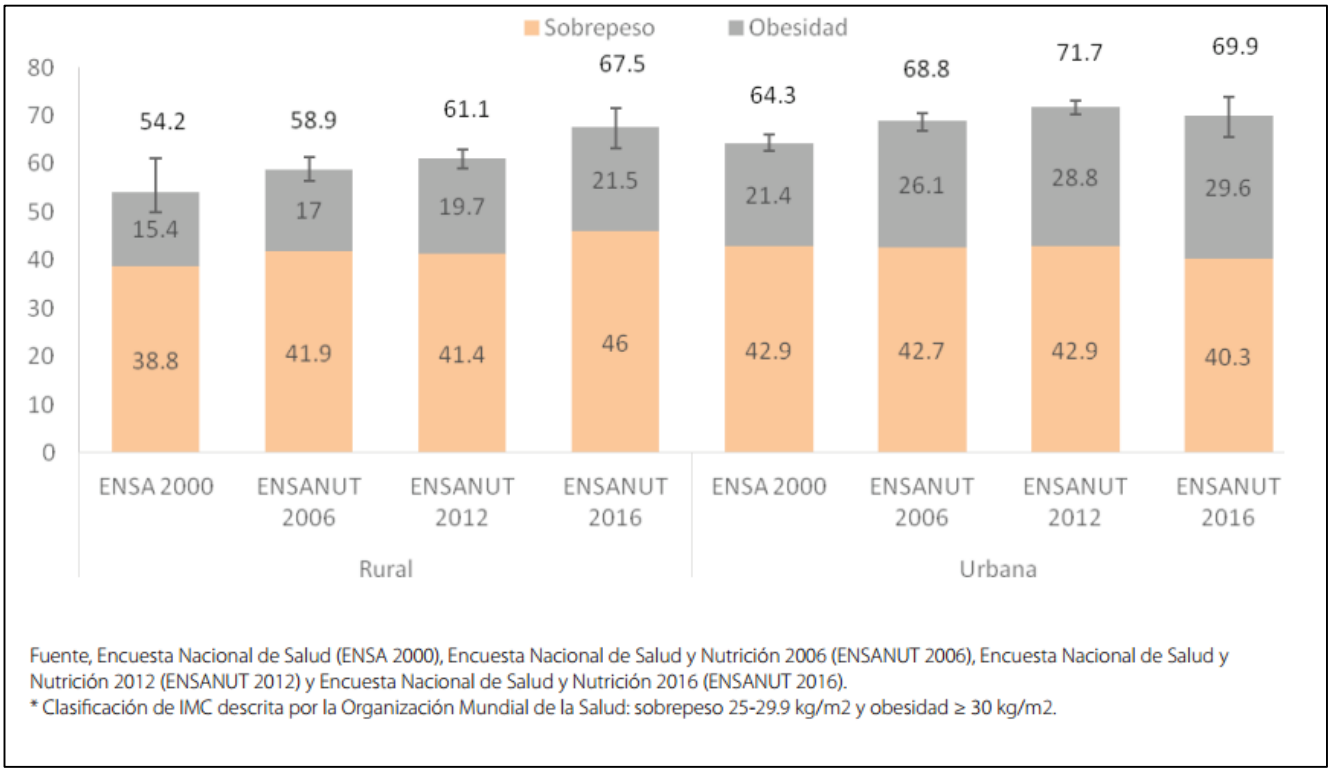


Fuente, Encuesta Nacional de Nutrición 1988 (ENN-88), Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN-99), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición medio camino 2016 (ENSANUT 2016).
* Clasificación de IMC descrita por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m² y obesidad ≥ 30 kg/m².

En el caso de los hombres, el periodo de seguimiento es más corto (16 años), de 2000 a 2016. Durante este período y sin categorizar por localidad, la prevalencia de sobrepeso aumentó

1.1% y la de obesidad incrementó 42.8%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad aumentó 14.3% entre la encuesta del año 2000 y la de 2016, sin embargo, entre los años 2012 y 2016 esta prevalencia combinada se mantuvo (69.4%). En los hombres las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad fueron estadísticamente diferentes en la comparación por tipo de localidad rural o urbana en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 (Figura 10). En la ENSANUT 2016 no hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación por tipo de localidad.

Figura 10
Tendencia de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 20 a 49 años de edad, categorizando por tipo de localidad. ENN-1988, ENN-1999, ENSANUT 2006, ENSANUT 2012 y ENSANUT MC 2016



Fuente, Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (ENSANUT 2016).
* Clasificación de IMC descrita por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m2 y obesidad ≥ 30 kg/m2.

La prevalencia de obesidad abdominal en adultos de 20 o más años de edad es de 76.6%. Al categorizar por sexo, la prevalencia de obesidad abdominal en hombres es de 65.4% y de 87.7% en mujeres. Al analizar las prevalencias por grupos de edad, se observa que tanto en los hombres como en las mujeres, la prevalencia de obesidad abdominal es significativamente más alta en los grupos de 40 a 79 años que en el grupo de 20 a 29 años.

En esta comparación solo hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres de la ENSANUT 2012 (82.8%, IC95% 81.9,83.7) y las mujeres de la ENSANUT 2016 (87.7%, IC95% 86.2,89.0).

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

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (ANSA 2010), teniendo como principal objetivo revertir la epidemia de enfermedades no transmisibles, derivadas del sobrepeso y la obesidad, con acciones dirigidas especialmente a menores de edad, con 10 objetivos que podrían contribuir de forma efectiva a la contención y eventual reversión de la epidemia de obesidad que vive México.

Al analizar su desarrollo, se encuentran aspectos que limitaron su alcance e impacto, entre ellos podemos mencionar la ausencia de un marco jurídico que garantiza 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.

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 la 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.

Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores. 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.

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

Reformas al Artículo 3° Constitucional, Quinto transitorio. 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 a la salud de los educandos”.

Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). 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 en el Adulto Mayor (60 y más años)

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

- Promoción de la salud
- Nutrición
- Prevención y Control de Enfermedades
- Detección de enfermedades
- Salud Bucal
- Salud reproductiva y sexualidad

Así mismo se integran Grupos de Ayuda sobre Obesidad, Hipertensión Arterial, Tabaquismo, Depresión, Desnutrición, Diabetes mellitus, Alcoholismo y Violencia Familiar.

Programa PrevenISSSTE. Tiene como objetivo empoderar a la derechohabiencia 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 crónico degenerativas; así como el combate a la farmacodependencia, enfermedades de transmisión sexual, una sana alimentación en los mexicanos, la práctica del ejercicio y el cuidado de las mujeres embarazadas.

Es indiscutible que un problema de esta magnitud requiere de la participación de todos los sectores de la sociedad y de programas multisectoriales para la adecuada prevención y control, por lo que la Secretaría de Salud ha impulsado diferentes estrategias que permitan revertir las tendencias de sobrepeso y obesidad y encaminar al país a la adopción de un estilo de vida saludable.

III. PILARES Y EJES ESTRATÉGICOS

El Objetivo General de la Estrategia Nacional es mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades crónico degenerativas, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo de atención integral y políticas públicas intersectoriales.

Por tal motivo, la Estrategia plantea la integración de tres pilares y seis ejes estratégicos, que a su vez contienen componentes y actividades orientadas a cumplir sus objetivos.

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

Pilares	Descripción del Pilar	Ejes Estratégicos
Salud Pública	Busca preservar la salud a nivel poblacional a través de la promoción de estilos de vida saludables, campañas de educación, así como el monitoreo del comportamiento de las enfermedades no transmisibles y algunos de sus principales determinantes, además de acciones preventivas como la búsqueda activa de personas que presentan factores de riesgo.	• Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades No Transmisibles. • Promoción de la salud y comunicación educativa. • Prevención.
Atención Médica	Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a través de intervenciones médicas dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuentan con el diagnóstico de hiperglucemia o diabetes mellitus tipo 2, con el fin de brindarles una atención oportuna y evitar las complicaciones relacionadas con dicha enfermedad. Garantizar el conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud en la atención de las enfermedades no transmisibles, así como de la implementación de diversas tecnologías que faciliten y mejoren la accesibilidad a los diferentes servicios que brindan las unidades de salud. Capacitar a los recursos humanos en salud en lo referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles. Fomentar la investigación y la generación de evidencia científica.	• Acceso efectivo a Servicios de Salud. • Calidad en Servicios de Salud • Mejora de las competencias y la capacidad resolutiva del personal de salud. • Infraestructura y tecnología. • Abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio. • Monitoreo de la cadena de suministro. • Centro de atención a la diabetes. • Cirugía bariátrica. • Investigación y evidencia científica.

Pilares	Descripción del Pilar	Ejes Estratégicos
Regulación sanitaria y política fiscal	Establecer respuestas efectivas ante el panorama de las enfermedades no transmisibles, a través de la regulación del etiquetado y la publicidad de alimentos y bebidas, de manera particular la dirigida al público infantil, además de impulsar políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional.	• Reformas en materia de publicidad de alimentos y bebidas. • Reformas en materia de etiquetado de alimentos y bebidas. • Medidas fiscales para disminuir el consumo de alimentos y bebidas de escaso valor nutricional.

IV. OBJETIVO GENERAL

Transmitir al profesional de la estrategia, la información sobre la organización, ejecución y evaluación de las actividades a realizar, para mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir al desarrollo nacional; al desacelerar el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida saludable en la población, teniendo como principal eje, la prevención.

- Capacitar al profesional de la salud de primer contacto, para detectar oportunamente los casos de sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias con la finalidad de garantizar un adecuado control y manejo en el primer nivel de atención.

- Establecer la organización, ejecución y evaluación para el desarrollo de las actividades a realizar en las instituciones públicas, privadas y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en el ámbito de competencia del profesional de la salud de la Estrategia.

- Compartir con las autoridades estatales, jurisdiccionales, municipales y diversos grupos de la comunidad, los beneficios de la actividad física y de una alimentación correcta para disminuir la incidencia de sobrepeso, obesidad, diabetes y el riesgo cardiovascular en la población.

VI. CRITERIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL CON RECURSO DEL RAMO 12, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017

Definiciones:

Para efectos de los presentes criterios se entenderá por:

HONORARIOS (12101).- "Asignaciones destinadas a cubrir el pago por la prestación de servicios contratados con personas físicas, como profesionistas, técnicos, expertos y peritos, entre otros, por estudios, obras o trabajaos determinados que correspondan a su especialidad.

El pago de honorarios deberá sujetarse a las disposiciones aplicables que determine la Secretaría a través de la Unidad de Política y Control Presupuestario. Esta partida excluye los servicios profesionales contratados con personas físicas o morales previstos en el concepto 3300 Servicios profesionales, científicos, técnicos y otros servicios".

Criterios Generales:

1.- Solo se podrá contratar personal conforme a los puestos del Tabulador Rama Médica, Para Médica y Grupo Afin de la Secretaría de Salud 2015 y a las especificaciones señaladas en los presentes criterios

2.- Los recursos del Ramo 12 ministrados para la contratación de personal, solo comprenderá el sueldo base que se deberá pagar a dicho personal, por lo que estas contrataciones deberán realizarse de acuerdo a los montos establecidos en los presentes Criterios. En este sentido, las prestaciones que se deben pagar al personal contratado de acuerdo a la modalidad de la contratación y la normatividad de cada Entidad Federativa, serán cubiertas por la Entidad Federativa con otra fuente de financiamiento.

3.- Para el caso de las contrataciones de personal, se deberá capturar en la Etapa de Presupuestación, en el módulo de Ramo 12 del SIAFFASPE, así como indicar en el apartado de la descripción complementaria, la especialidad o la función requerida y el periodo a contratar.

4.- El personal que se contrate deberá acreditar el grado escolar requerido con la documentación siguiente: Título/Título de Grado (Especialidad), Cédula Profesional y Currículum, cumpliendo con el perfil establecido en los presentes Criterios.

5.- Será responsabilidad de las Entidades Federativas la aplicación de los recursos, así como la verificación y el resguardo de los documentos relacionados con la contratación de personal, señalados en el punto anterior.

6.- Las Entidades Federativas deberán enviar vía correo electrónico, el Título/Título de Grado (Especialidad), Cédula Profesional y Currículum a las UA/OD previo a la formalización de las contrataciones, a efecto de que los Líderes Federales supervisen que las personas a contratar cumplan con los perfiles autorizados en la plataforma del SIAFFASPE, por lo que será responsabilidad de las UA/OD informar vía correo electrónico a las Entidades Federativas, en un plazo máximo de 10 días hábiles, contados a partir de la recepción de la misma, siempre y cuando los documentos antes descritos estén completos y legibles, si cumple con los perfiles autorizados en el Sistema; de no dar respuesta a la Entidad Federativa en el plazo antes mencionado, se entenderá que si se acredita con los perfiles autorizados en

el Sistema. Las UA/OD no prejuzgarán sobre la licitud, validez o autenticidad de la documentación remitida por las Entidades Federativas, siendo la entera responsabilidad de éstas últimas.

7.- Para efectos de pago en la modalidad de honorarios y eventuales se aplicará la siguiente zonificación de las Entidades Federativas, de acuerdo al Tabulados Rama Médica, Para Médica y Grupo Afin de la Secretaría de Salud 2015:

Zona II comprende a las Entidades Federativas siguientes: Aguascalientes, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, D.F., Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, S.L.P., Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Zona III comprende las Entidades Federativas siguientes: B.C., B.C.S., Campeche, Quintana Roo y Tabasco.

8.- La vigencia de las contrataciones de personal podrá ser a partir de la fecha de suscripción del Convenio en el que se les autorice presupuesto para dicho concepto.

9.- La aplicación de estos criterios son de observancia obligatoria para las Unidades Administrativas y Órganos Desconcentrados adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como para las Entidades Federativas.

Honorarios:

- Para las contrataciones que se realicen bajo la modalidad de honorarios se realizarán contratos hasta por los 12 meses dentro del ejercicio fiscal que se contrate y se pagarán con la partida 12101 “Honorarios” del Clasificador por Objeto de Gasto para la Administración Pública Federal.

	Médico Oncólogo				
	Médico Patólogo				
	Médico Radiólogo				
	Médico Responsable de Programa				
	Neonatóloga (o)				
	Pediatra				
	Urgenciologa				
	Médico Audióloga (o)				
Médico General "A"	Médico General	Titulado	$29,956.00	$33,006.00	Honorarios
Médico General en Área Normativa	Médico Coordinador	Titulado	$29,958.00	$33,006.00	Honorarios
	Médico Responsable de Programa				
Partera Asistencial	Partera Profesional	Certificado/Cédula Profesional	$13,542.00	$15,038.00	Honorarios
Promotor en Salud	Promotor en Salud	Licenciatura en Rama Médica, Paramédica o Afín Titulado	$13,794.00	$15,172.00	Honorarios
	Técnico en Programas de Salud				
Psicólogo Clínico	Psicólogo	Titulado	$23,527.00	$25,979.00	Honorarios
Químico A	I.B.I	Titulado	$25,955.00	$28,757.00	Honorarios
	Químico (Q.F.B., Q.A., Q.F.I.)				
Soporte Administrativo A	Ingeniero en Sistemas	Pasante o Titulado a nivel Licenciatura	$15,209.00	$16,770.00	Honorarios
Soporte Administrativo B	Activador Físico	Titulado en Educación Física	$17,126.00	$19,056.00	Honorarios
	Administrador UNEME	Pasante o Titulado a nivel Licenciatura			
	Responsable de Centro				
Soporte Administrativo C	Coordinador Administrativo	Pasante o Titulado a nivel Licenciatura	$20,361.00	$22,125.00	Honorarios
	Coordinador SICAM				
Tanatólogo	Tanatóloga	Titulado	$23,527.00	$25,979.00	Honorarios
Terapista Profesional en Rehabilitación	Fisioterapeuta	Titulado	$23,527.00	$25,979.00	Honorarios
Trabajadora Social en Área Médica "A"	Trabajador Social	Titulado a nivel Licenciatura	$16,348.00	$18,062.00	Honorarios

El tabulador referido en los presentes criterios entrará en vigor a partir del 01 de enero de 2017.

VII. PERFILES DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

- Médico especialista
  - En el Deporte
  - Medicina Integrada
  - Medicina Familiar
  - Medicina Interna

- Licenciatura en
  - En Dietética y Nutrición
  - En Nutrición
  - En Nutrición Humana
  - En Nutrición Humana y Dietética
  - En Nutrición y Bienestar Integral
  - En Nutrición y Ciencia de los Alimentos
  - En Nutrición y Tecnología de los Alimentos
  - En Nutriología

- Licenciatura en
  - Educación Física
  - Ciencias del Deporte
  - Recreación
  - Deporte y Recreación
  - Cultura Física
  - Entrenamiento Deportivo
  - Ciencias del Ejercicio Físico

El médico especialista y los nutriólogos estatales, deben tener conocimientos básicos de administración y experiencia en su área, así como interés en la prevención de las enfermedades crónico degenerativas para lograr que los nutriólogos jurisdiccionales y activadores físicos, realicen las actividades en tiempo y forma apoyando al cumplimiento de metas de la estrategia y en beneficio de la población.

VIII. ACTIVIDADES

Las actividades descritas son las mínimas a realizar por el personal operativo, la entidad podrá incrementar los entornos de acuerdo a sus necesidades.

El personal operativo deberá tener una carpeta física con cartas descriptivas de las capacitaciones, notas informativas, listas de asistencias, etc., y toda la información necesaria para dar soporte documental a las actividades realizadas.

1. **Selección de entornos**
   a. El personal operativo realizará las actividades en los entornos seleccionados durante el 2016. Debido al recorte presupuestal y al Recurso Humano durante el 2017, no se incrementarán los entornos y deberá dar prioridad a los Grupos de Ayuda Mutua en EC y a los Centros de Salud que pertenecen a la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y la Diabetes.
   b. Las actividades que se realicen en los Centros de Salud, deberán ser enfocados a los pacientes con enfermedades crónicas y/o sus familiares, con un universo mínimo de 15 personas.

2. **Realizar un diagnóstico de salud, que refleje la problemática de la entidad en cuanto a las enfermedades crónicas, incluyendo a los entornos seleccionados así como las metas de las actividades que realizaran en el 2017; esto con la finalidad de tener un comparativo del impacto de las actividades que realizan entre la población.**
   a. Entregar un diagnóstico por entidad federativa en el cual estén incluidos los entornos seleccionados por el personal operativo para el 2017.
   b. Se actualizará el diagnóstico cada 6 y 12 meses de los entornos seleccionados, para medir el avance e impacto de las actividades de prevención y atención médica.
   c. Es importante dar seguimiento a la población evaluada para que estos lleguen a un peso saludable y logren tener cifras de control de las enfermedades crónico degenerativas, de acuerdo a la Normatividad vigente.
   d. El Diagnóstico de la entidad deberá contener mínimo los siguientes puntos:

      Directorio, Introducción, Antecedentes estatales, Problemática de la entidad y de los entornos seleccionados, Marco Jurídico, Marco Conceptual, Objetivo General, Objetivo(s) específico(s), Actividades a realizar, indicadores, metas, resultados obtenidos de los entornos seleccionados, Conclusiones, Anexos, Bibliografía y Agradecimientos.

3. **Capacitar a personas que tengan el rol de "Monitor" para la implementación de la actividad física y el consumo de agua simple potable, verduras y frutas en los GAM EC y Centros de Salud.**
   a. Capacitar a dos personas de cada entorno, el cual será responsable de dar continuidad a la práctica de actividad física mínimo tres veces a la semana, misma que tendrá una duración de 20 a 30 minutos.
   b. Capacitar a dos personas de cada entorno en cuanto a la adopción de una alimentación correcta y la importancia de la prevención de las enfermedades crónicas para que repliquen la información en los diferentes entornos mínimo tres veces a la semana.

c. El personal operativo deberá supervisar al personal denominado como "Monitor", con la finalidad de detectar las áreas de oportunidad y mejorar la implementación de las actividades.
d. En cada sesión de actividad física y alimentación correcta, deberá existir evidencia física de la realización de las mismas (lista de asistencia o minuta, nota informativa, etc.).
e. En los reportes trimestrales, deberán incluir la información o censo nominal de los monitores capacitados para realizar estas actividades.

4. Realizar talleres de los beneficios de la adopción de un estilo de vida saludable, enfatizando la importancia del consumo de agua simple potable, verduras, frutas y la realización de la actividad física en los entornos seleccionados.

a. Los talleres se realizarán por lo menos una vez al mes en los entornos seleccionados.
b. La duración del taller deberá ser de aproximadamente 2 horas o más (revisar Glosario de términos).
c. La actividad física será realizada por el médico especialista, el activador físico y los monitores capacitados para dicho fin.
d. La orientación alimentaria junto con el consumo de agua simple potable, será realizada por el nutriólogo estatal, jurisdiccional y los monitores capacitados para dicho fin.

5. Apoyar a los GAM EC seleccionados para obtener la Acreditación, Re Acreditación y Acreditación con Excelencia, con base a los criterios establecidos por la estrategia de GAM EC.

a. El personal operativo de la Estrategia solo ***APOYARÁ*** a esta actividad, capacitando a Monitores en cada GAM EC para que estos sean los responsables de llevar a cabo la acreditación, Re acreditación y Acreditación con Excelencia. ***NO ES OBLIGACIÓN*** del personal operativo cumplir las metas de los GAM EC establecidas por la Federación.

6. Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en el Primer Nivel de Atención.

a. El Médico especialista y el Lic. en Nutrición estatal, darán mínimo una capacitación anual a los Profesionales de la Salud de las jurisdicciones sanitarias, con la finalidad de dar a conocer en qué consiste la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en el Primer Nivel de Atención, así como los objetivos, indicadores, metas y avances de la implementación de la misma.
b. De acuerdo a la definición de capacitación, ésta deberá cubrir los criterios establecidos por el área de enseñanza de cada entidad para poder gestionar "créditos" o "puntos curriculares".

7. **Capacitar al personal jurisdiccional de la estrategia (nutriólogo, activador físico y profesional de la salud de primer contacto) en cuanto a temas de Enfermedades Crónicas y la prevención de complicaciones.**
   a. Las capacitaciones se deberán de realizar por lo menos una vez al mes y de acuerdo al temario establecido en los anexos o con los temas que consideren necesarios.
   b. De acuerdo a la definición de capacitación, ésta deberá cubrir los criterios establecidos por el área de enseñanza de cada entidad para poder gestionar "créditos" o "puntos curriculares".
   c. En las entidades donde se pueda hacer uso de la tecnología, podrán realizar capacitaciones virtuales y se tomará como evidencia la impresión de pantalla de la lista de los asistentes a la capacitación virtual.

8. **Realizar difusión de los beneficios de la detección temprana de las enfermedades crónicas así como del control de las mismas para prevenir sus complicaciones.**
   a. Dicha actividad podrán realizarla ante medios de comunicación estatal y/o local (televisoras, radiodifusoras, revistas, gacetas, boletines, etc.) por lo menos una vez en el trimestre.

IX. INDICADORES

El responsable estatal, dará a conocer los lineamientos así como los indicadores y metas a cumplir por el personal operativo.

Indicadores a cumplir por el Responsable Estatal

Reporte estatal trimestral
Numerador: Número de reportes trimestrales entregados
Denominador: Total de reportes trimestrales programados
Meta 2017: 100% (4 reportes)

Diagnóstico antropométrico, hábitos de alimentación y actividad física de los entornos seleccionados.
Numerador: Diagnóstico de salud entregado
Denominador: Diagnóstico de salud elaborado
Meta 2017: 100% (1 diagnóstico)

≈ Sólo se entregará un Diagnóstico por Entidad Federativa.

Indicadores del Médico Especialista

Entornos seleccionados
Numerador: Número de entornos seleccionados
Denominador: Total de entornos programados
Meta 2017: 100% (8 entornos)
Se refiere al total de entornos seleccionados durante el 2016.

- ≈ Estos entornos se trabajarán junto con el Nutriólogo estatal.

Actualización del Diagnóstico de salud, antropométrico o situacional de los entornos seleccionados.
Numerador: Actualizaciones del Diagnóstico realizadas
Denominador: Actualizaciones del Diagnóstico programadas
Meta 2017: 100% (2 actualizaciones)

- ≈ El diagnóstico se actualizará cada 6 meses de acuerdo al cronograma de actividades.

Sesiones de activación física en los entornos seleccionados
Numerador: Número de sesiones de activación física realizadas
Denominador: Número de sesiones de actividad física programadas
Meta 2017: 100% (768 sesiones)

- ≈ Se deberá de realizar la actividad física al menos dos veces por semana durante 20 a 30 minutos en cada entorno.
- ≈ La meta anual establecida se obtuvo de la siguiente manera:
  8 entornos x 2 sesiones a la semana= 16 sesiones
  16 sesiones por 4 semanas= 64 sesiones al mes
  64 sesiones x 3 meses=192 sesiones al trimestre
  192 sesiones x 4 trimestres= 768 sesiones anuales

Porcentaje de reducción de peso corporal en los entornos seleccionados
Meta 2017: Disminución del 3% de peso corporal grupal o disminución de 2 cm de cintura (en la población de 20 años y más de edad, se evaluará a los que tengan un registro basal de Índice de Masa Corporal ≥ de 25).

- ≈ Esta actividad la realizará junto con el Nutriólogo estatal.

Capacitación al personal operativo jurisdiccional (activador físico) y/o de primer contacto en los Centros de Salud de acuerdo al temario anexo, o con base a las necesidades de capacitación.
Numerador: Capacitaciones realizadas
Denominador: Total de capacitaciones programadas
Meta 2017: 100% (10 capacitaciones)

Supervisión al personal operativo jurisdiccional de la estrategia
Numerador: Supervisiones realizadas
Denominador: Supervisiones programadas
Meta 2017: 100% (10 supervisiones)

Supervisión a los "monitores" capacitados en actividad física y estilo de vida saludable
Numerador: Supervisiones realizadas
Denominador: Supervisiones programadas
Meta 2017: 100% (10 supervisiones)

Indicadores Nutriólogo estatal

Entornos seleccionados
Numerador: Número de entornos seleccionados
Denominador: Total de entornos programados
Meta 2017: 100% (8 entornos)
Se refiere al total de entornos seleccionados durante el 2016.

- Estos entornos se trabajarán junto con el Médico especialista.

Actualización del Diagnóstico de salud, antropométrico o situacional de los entornos seleccionados.
Numerador: Actualizaciones del Diagnóstico realizadas
Denominador: Actualizaciones del Diagnóstico programadas
Meta 2017: 100% (2 actualizaciones)

- El diagnóstico se actualizará cada 6 meses de acuerdo al cronograma de actividades.

Talleres de adopción de estilo de vida saludable, consumo de agua simple potable, verduras, frutas y la importancia de realizar actividad física, en los entornos seleccionados.
Numerador: Número de talleres programados
Denominador: Total de talleres realizados
Meta 2017: 100% (384 talleres)

- La meta anual establecida se obtuvo de la siguiente manera:
  8 entornos x 1 taller a la semana= 8 talleres
  8 talleres por 4 semanas= 32 talleres al mes
  32 talleres x 3 meses=96 talleres al trimestre
  96 talleres por 4 trimestres= 384 talleres al año
- Estos entornos se trabajarán junto con el Médico especialista, para reforzar las sesiones de activación física.

Porcentaje de reducción de peso corporal en los entornos seleccionados
Meta 2017: Disminución del 3% de peso corporal grupal o disminución de 2 cm de cintura (en la población de 20 años y más, se evaluará a los que tengan un registro basal de Índice de Masa Corporal ≥ de 25)

- ≈ Esta actividad la realizará junto con el Médico especialista.

Capacitación al personal operativo jurisdiccional (nutriólogo jurisdiccional) y/o de primer contacto en los Centros de Salud de acuerdo al temario anexo, o con base a las necesidades de capacitación.
Numerador: Capacitaciones realizadas
Denominador: Total de capacitaciones programadas
Meta 2017: 100% (10 capacitaciones)

Supervisión al personal operativo jurisdiccional de la estrategia
Numerador: Supervisiones realizadas
Denominador: Supervisiones programadas
Meta 2017: 100% (10 supervisiones)

Supervisión a los "monitores" capacitados en alimentación correcta y en la importancia de la prevención de las enfermedades crónico degenerativas.
Numerador: Supervisiones realizadas
Denominador: Supervisiones programadas
Meta 2017: 100% (10 supervisiones)

Indicadores Activador Físico

Entornos seleccionados
Numerador: Número de entornos seleccionados
Denominador: Total de entornos programados
Meta 2017: 100% (8 entornos)
Se refiere al total de entornos seleccionados durante el 2016.

- ≈ Estos entornos se trabajarán junto con el Nutriólogo jurisdiccional.

Actualización del Diagnóstico de salud, antropométrico o situacional de los entornos seleccionados.
Numerador: Actualizaciones del Diagnóstico realizadas
Denominador: Actualizaciones del Diagnóstico programadas
Meta 2017: 100% (2 actualizaciones)

- ≈ El diagnóstico se actualizará cada 6 meses de acuerdo al cronograma de actividades.

Sesiones de activación física en los entornos seleccionados
Numerador: Número de sesiones de activación física realizadas
Denominador: Número de sesiones de actividad física programadas
Meta 2017: 100% (768 sesiones)

- ≈ Se deberá de realizar la actividad física al menos dos veces por semana durante 20 a 30 minutos en cada entorno.
- ≈ La meta anual establecida se obtuvo de la siguiente manera:
  8 entornos x 2 sesiones a la semana= 16 sesiones
  16 sesiones por 4 semanas= 64 sesiones al mes
  64 sesiones x 3 meses=192 sesiones al trimestre
  192 sesiones x 4 trimestres= 768 sesiones anuales

Porcentaje de reducción de peso corporal en los entornos seleccionados
Meta 2017: Disminución del 3% de peso corporal grupal o disminución de 2 cm de cintura (en la población de 20 años y más, se evaluará a los que tengan un registro basal de Índice de Masa Corporal ≥ de 25).

- ≈ Esta actividad la realizará junto con el Nutriólogo jurisdiccional.

Capacitación al personal de primer contacto en los Centros de Salud de acuerdo al temario anexo o con base a las necesidades de capacitación.
Numerador: Capacitaciones realizadas
Denominador: Total de capacitaciones programadas
Meta 2017: 100% (10 capacitaciones)

Capacitación a los monitores seleccionados para realizar sesiones de actividad física
Numerador:
Numerador: Capacitaciones realizadas
Denominador: Total de capacitaciones programadas
Meta 2017: 100% (10 capacitaciones)

Supervisión a los "monitores" capacitados en actividad física y estilo de vida saludable
Numerador: Supervisiones realizadas
Denominador: Supervisiones programadas
Meta 2017: 100% (10 supervisiones)

Indicadores Nutriólogo jurisdiccional

Entornos seleccionados
Numerador: Número de entornos seleccionados

Denominador: Total de entornos programados
Meta 2017: 100% (8 entornos)
Se refiere al total de entornos seleccionados durante el 2016.

- ≈ Estos entornos se trabajarán junto con el Activador Físico.

Actualización del Diagnóstico de salud, antropométrico o situacional de los entornos seleccionados.
Numerador: Actualizaciones del Diagnóstico realizadas
Denominador: Actualizaciones del Diagnóstico programadas
Meta 2017: 100% (2 actualizaciones)

- ≈ El diagnóstico se actualizará cada 6 meses de acuerdo al cronograma de actividades.

Talleres de adopción de estilo de vida saludable, consumo de agua simple potable, verduras, frutas y la importancia de realizar actividad física, en los entornos seleccionados.
Numerador: Número de talleres programados
Denominador: Total de talleres realizados
Meta 2017: 100% (384 talleres)

- ≈ La meta anual establecida se obtuvo de la siguiente manera:
  8 entornos x 1 taller a la semana= 8 talleres
  8 talleres por 4 semanas= 32 talleres al mes
  32 talleres x 3 meses=96 talleres al trimestre
  96 talleres por 4 trimestres= 384 talleres al año
- ≈ Estos entornos se trabajarán junto con el Médico especialista, para reforzar las sesiones de activación física.

Porcentaje de reducción de peso corporal en los entornos seleccionados
Meta 2017: Disminución del 3% de peso corporal grupal o disminución de 2 cm de cintura (en la población de 20 años y más, se evaluará a los que tengan un registro basal de Índice de Masa Corporal ≥ de 25)

- ≈ Esta actividad la realizará junto con el Médico especialista.

Capacitaciones al personal de primer contacto en los Centros de Salud de acuerdo al temario anexo o con base a las necesidades de capacitación
Numerador: Capacitaciones realizadas
Denominador: Total de capacitaciones programadas
Meta 2017: 100% (10 capacitaciones)

Capacitación a los monitores seleccionados en alimentación correcta y la importancia de la prevención de las enfermedades crónicas

Numerador: Capacitaciones realizadas
Denominador: Total de capacitaciones programadas
Meta 2017: 100% (10 capacitaciones)

Supervisiones a los "monitores" capacitados en alimentación correcta y en la importancia de la prevención de las enfermedades crónico degenerativas.
Numerador: Supervisiones realizadas
Denominador: Supervisiones programadas
Meta 2017: 100% (10 supervisiones)

X. ORGANIGRAMA

Dada la trascendencia y complejidad de las enfermedades crónicas y la importancia de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; es fundamental el involucramiento y compromiso de los sectores público, privado y social, así como al individuo.

La conformación de grupos de trabajo, comisiones y comités en los diferentes niveles de la estructura, integrados por múltiples actores según sea el caso, es una práctica que ha mostrado resultados positivos cuando éstos tienen objetivos claros y bien definidos con la finalidad de maximizar las acciones para el logro de las metas.

A nivel Federal, el Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, promoverá el conocimiento y apoyo de las autoridades en las entidades federativas para la coordinación, fortalecimiento y logro de las actividades.

El Secretario de Salud Estatal convocará y llevará a cabo los apoyos y gestiones necesarias, para que se realicen de manera continua las acciones establecidas para fortalecer las actividades de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.

Funciones de acuerdo al organigrama

Ámbito Nacional: Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano (CENAPRECE)

- Establece las políticas, estrategias y lineamientos que seguirá el personal operativo de la estrategia.

- Gestiona y coordina la coparticipación de las instancias del nivel nacional.

- Promueve los apoyos técnicos y administrativos que procedan para la realización de las acciones.

- Vigila el cumplimiento de las metas estatales.

Ámbito Estatal: Es importante resaltar que **la autoridad inmediata del personal operativo de la estrategia, es el Responsable estatal del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano;** ya que este rendirá cuentas al Líder Federal de las actividades realizadas por dicho personal.

Entre las actividades que el PSAA estatal deberá contemplar se encuentran:

- Capacitar al personal operativo acerca de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, en el Primer Nivel de Atención, enfatizando las actividades correspondientes a Atención Médica.

- En caso necesario promover y coordinar la coparticipación de todas las instancias públicas y privadas para que el personal operativo realice las actividades correspondientes.

- Impresión de la papelería necesaria en el ámbito estatal y jurisdiccional.

- Precisar la metodología de trabajo a desarrollar en el ámbito estatal y jurisdiccional.

- Controlar mediante la concentración de información trimestral y anual el trabajo realizado por el personal operativo para la integración de la evaluación de acuerdo a los indicadores y metas.

- Informar a la Federación las actividades realizadas trimestralmente, semestral y anual (cuando aplique).

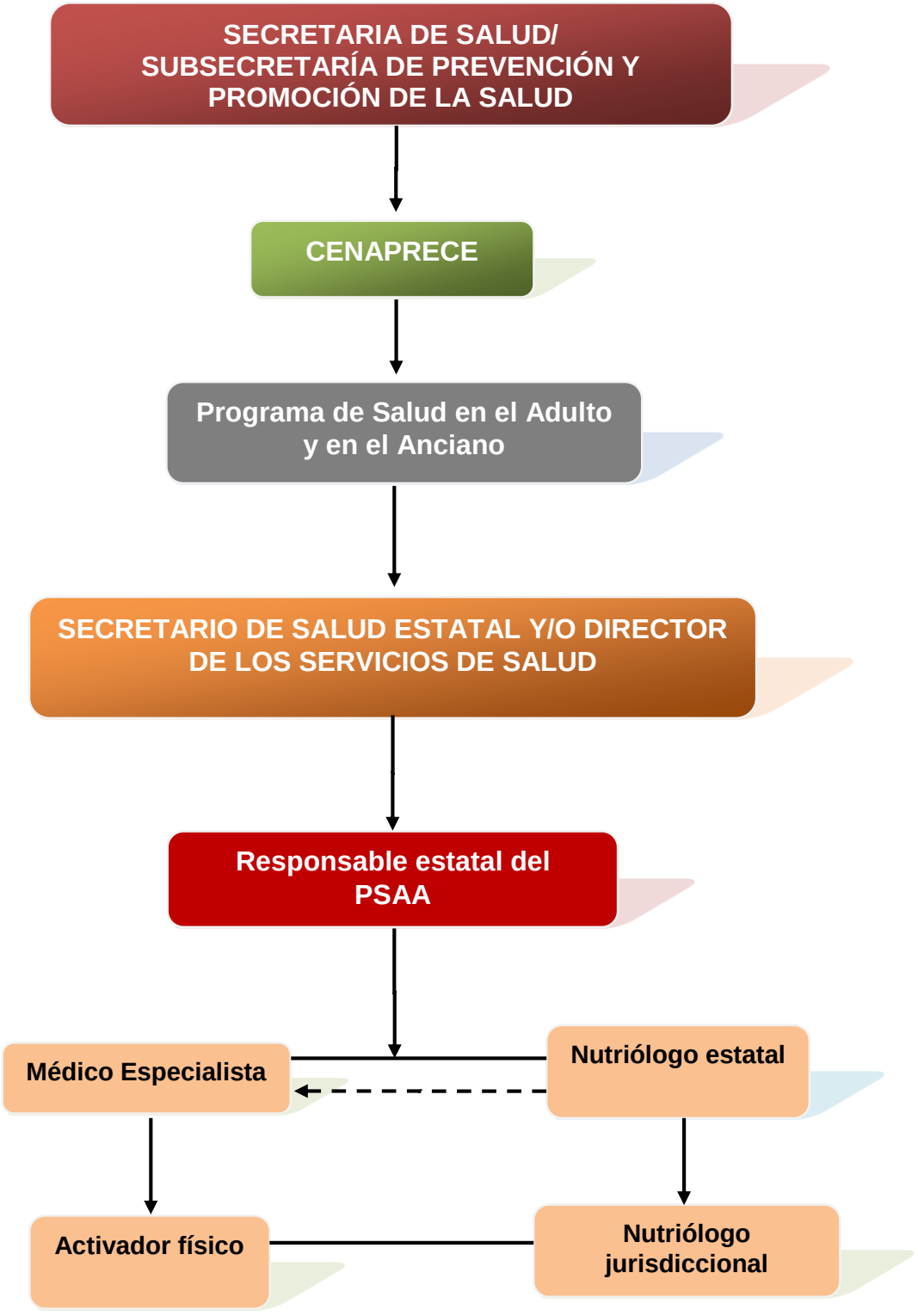
- Se anexará evidencia fotográfica, listas de asistencia a los eventos u otro respaldo cuando sea requerido.

Ámbito jurisdiccional*:* Jurisdicción Sanitaria*.* El jefe jurisdiccional facilitará las actividades que deberán de realizar el activador físico y nutriólogo jurisdiccional, dando prioridad a las acciones enfocadas a la prevención de las enfermedades crónico degenerativas y al programa de salud en el adulto y en el anciano.

Entre las actividades que el responsable jurisdiccional del PSAA debe contemplar, destacan las siguientes:

- Adaptar y aplicar los lineamientos emanados de nivel estatal.
- Definir los recursos necesarios.
- Apoyar y/o coordinar las acciones en los diferentes entornos de los municipios adscritos a la jurisdicción.
- Gestionar y distribuir los insumos necesarios para el logro de las metas.
- En caso necesario, promoverá y coordinará las acciones entre las instituciones públicas, privadas y otros sectores de la población, como: autoridades municipales, Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), Asociación de Padres de Familia, administradores de los deportivos, entre otros, para que el personal operativo realice las actividades correspondientes.

El personal operativo de la estrategia, tiene programada una serie de actividades específicas con la finalidad de dar cumplimiento a las metas establecidas de los indicadores aquí descritos; si bien son recursos que dependen del PSAA, es necesario que estos recursos humanos no se involucren en programas y actividades distintas a las establecidas en estos lineamientos.


SECRETARIA DE SALUD/
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENAPRECE
Programa de Salud en el Adulto
y en el Anciano
SECRETARIO DE SALUD ESTATAL Y/O DIRECTOR
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Responsable estatal del
PSAA
Médico Especialista
Nutriólogo estatal
Activador físico
Nutriólogo
jurisdiccional

XI. CRONOGRAMA DE LA ENTREGA DE LOS REPORTES DE ACTIVIDADES

Todas las entidades entregarán el reporte de actividades de acuerdo al siguiente cronograma, con la finalidad de tener la información en tiempo y forma.

CRONOGRAMA DE ENTREGA DE REPORTES DE ACTIVIDADES		
Nombre del reporte	**Fecha de entrega**	
Diagnóstico de salud, antropométrico, hábitos de alimentación y actividad física de los entornos seleccionados	**01 al 17**	**febrero de 2017**
Actividades del 1er. Trimestre	**10 al 21**	**abril de 2017**
Actividades del 2do. Trimestre	**10 al 21**	**julio de 2017**
Primera actualización del Diagnóstico antropométrico, hábitos de alimentación y actividad física	**10 al 28**	**julio de 2017**
Actividades del 3er. trimestre	**16 al 20**	**octubre de 2017**
Actividades del 4to. trimestre	**16 al 19**	**enero de 2018**
Reporte Anual de Actividades y segunda actualización del Diagnóstico antropométrico, hábitos de alimentación y actividad física	**16 al 31**	**enero de 2018**

CONTROL

a) Evaluación

Se medirá y evaluará el desempeño del personal de la estrategia mediante los siguientes reportes:

1. Informe trimestral de actividades entregado de acuerdo al cronograma descrito en esta página.
2. Reporte del diagnóstico de Salud, antropométrico, hábitos de alimentación y actividad física.
3. Porcentaje de reducción de peso corporal en los entornos seleccionados.
4. Concentrado anual de actividades.
5. Reporte del número de personas con motivación y adherencia a la actividad física, alimentación saludable y consumo de agua simple potable por jurisdicción y concentrado estatal al inicio y final del periodo.

b) Supervisión

Interna.- La que realiza el responsable estatal, el médico especialista y el nutriólogo estatal trimestralmente para verificar el desarrollo de las actividades con base a lo programado y con el fin de emitir recomendaciones por escrito a las áreas de oportunidad encontradas así como brindar asesoría al personal para mejorar su desempeño.

Externa.- La que realice le responsable federal del PSAA a las entidades federativas para fortalecer las actividades que se realizan en las jurisdicciones y dar seguimiento al desarrollo de las mismas.

Los informes trimestrales y los Diagnósticos de Salud, se enviarán por correo electrónico a las direcciones liliana.vega14@yahoo.com y maria.vegap@salud.gob.mx.

Las metas establecidas en este documento se deben cumplir al 100% sin importar la fecha de contratación del personal.

XII. ANEXOS

Propuesta de Temas para capacitación

Temario del médico especialista para dar capacitaciones al activador físico.

- ✓ **ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES**

- ✓ **CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO**
  Aplicación del Cuestionario de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas

- ✓ **TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

- ✓ **NORMAS OFICIALES MEXICANAS:**
  - ≈ NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus
  - ≈ NOM-030-SSA2-2009, Para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
  - ≈ NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

- ✓ **SOBREPESO Y OBESIDAD**

≈ Epidemiología del sobrepeso y la obesidad
≈ Definición
≈ Factores de riesgo
≈ Diagnóstico
≈ Complicaciones
≈ Prevención de las dislipidemias y sus complicaciones
≈ Prescripción del ejercicio en pacientes con sobrepeso y obesidad

✓ **DIABETES**
≈ Epidemiología de la diabetes
≈ Sintomatología
≈ Tipos de diabetes
≈ Factores de riesgo
≈ Diagnóstico
≈ Complicaciones de la diabetes
≈ Prevención de la diabetes y sus complicaciones
≈ Prescripción del ejercicio en pacientes con diabetes

✓ **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**
≈ Epidemiología de la hipertensión arterial
≈ Sintomatología
≈ Factores de riesgo
≈ Diagnóstico
≈ Complicaciones
≈ Prevención de la hipertensión y sus complicaciones
≈ Prescripción del ejercicio en pacientes con hipertensión arterial

✓ **DISLIPIDEMIAS**
≈ Epidemiología de las dislipidemias
≈ Sintomatología
≈ Factores de riesgo
≈ Diagnóstico
≈ Complicaciones
≈ Prevención de las dislipidemias y sus complicaciones
≈ Prescripción del ejercicio en pacientes con dislipidemias

✓ **MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS** (Se puede guiar con el manual de Medidas clínicas y antropométricas en el adulto y adulto mayor)
≈ Forma correcta de medición

✓ **ACTIVIDAD FÍSICA (definición)**
≈ Beneficios

≈ Tipos de actividad física

✓ **PRINCIPIOS BÁSICOS DEL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS**

✓ **PREVENCIÓN DE LESIONES**
≈ Adherencia al programa de ejercicios

✓ **PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR**
✓ **PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**
✓ **PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS**

Temario del Nutriólogo estatal para dar capacitaciones al nutriólogo jurisdiccional.

✓ **ESTRATEGIA NACIAONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES**

✓ **CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO**
Aplicación del Cuestionario de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas

✓ **TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

✓ **Normas Oficiales Mexicanas:**
≈ NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus
≈ NOM-030-SSA2-2009, Para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
≈ NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

✓ **SOBREPESO Y OBESIDAD**
≈ Epidemiología del sobrepeso y la obesidad
≈ Definición
≈ Factores de riesgo
≈ Diagnóstico
≈ Complicaciones
≈ Prevención de las dislipidemias y sus complicaciones
≈ Nutrición para los pacientes con sobrepeso y obesidad

✓ **DIABETES**
≈ Epidemiología de la diabetes
≈ Sintomatología
≈ Tipos de diabetes
≈ Factores de riesgo

≈ Diagnóstico
≈ Complicaciones de la diabetes
≈ Prevención de la diabetes y sus complicaciones
≈ Nutrición para los pacientes con diabetes

✓ **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**
≈ Epidemiología de la hipertensión arterial
≈ Sintomatología
≈ Factores de riesgo
≈ Diagnóstico
≈ Complicaciones
≈ Prevención de la hipertensión y sus complicaciones
≈ Nutrición para los pacientes con hipertensión arterial

✓ **DISLIPIDEMIAS**
≈ Epidemiología de las dislipidemias
≈ Sintomatología
≈ Factores de riesgo
≈ Diagnóstico
≈ Complicaciones
≈ Prevención de las dislipidemias y sus complicaciones
≈ Nutrición para pacientes con dislipidemias

✓ **MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS** (Se puede guiar con el manual de Medidas clínicas y antropométricas en el adulto y adulto mayor)
≈ Forma correcta de medición

✓ **NECESIDADES NUTRITIVAS EN LA INFANCIA**
≈ Tratamiento y prevención de la obesidad infantil

✓ **NECESIDADES NUTRITIVAS EN LA ADOLESCENCIA**
≈ Tratamiento y prevención de la obesidad en el adolescente

✓ **NECESIDADES NUTRITIVAS EN EL ADULTO Y ADULTO MAYOR**
≈ Tratamiento y prevención de la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.

XIII. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A

Actividad física: Al movimiento corporal producido por la contracción esquelética que incrementa el gasto de energía por encima del nivel basal.

Agua simple potable: Al agua que puede ser consumida sin restricción que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales.

Alimentación: Al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación).

Alimentación correcta: A la dieta que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades. (Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación).

Antropometría: Ciencia que estudia las porciones del cuerpo humano por procedimientos métricos.

Área geográfica: Cualquier parte de un terreno o superficie encuadrada entre ciertos límites, que están determinados por razones administrativas, políticas, etc.

C

Campaña educativa: Al conjunto de actos que se llevan a cabo con la intención de lograr un determinado objetivo.

Capacitación: A la adquisición de conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que van a contribuir al desarrollo del individuos en el desempeño de una actividad.

Circunferencia o perímetro de cintura abdominal: Al mínimo perímetro de la cintura, se hace identificando el punto medio entre la costilla inferior y la cresta iliaca, en personas con sobrepeso se debe medir en la parte más amplia del abdomen. Tiene como objetivo estimar la grasa abdominal o visceral. Circunferencia abdominal saludable hasta menor a 80 cm en mujeres y menor a 90 cm en hombres.

Colaciones saludables: Es aquella preparación que se consume entre comidas habituales y que incorpora alimentos naturales o elaborados tales como lácteos, frutas, verduras y cereales.

Comité: Al grupo de personas encargadas de un asunto, especialmente si lo hacen en representación de una colectividad.

Comunidad saludable: Es aquella comunidad organizada capaz de intervenir y resolver sus problemas de salud y desarrollo.

D

Diabetes: A la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Diabetes 1: Al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas,

generalmente con deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años de edad.

Diabetes 2: Al tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.

Diagnóstico: Al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

Dieta correcta: a la que cumple con las siguientes características:

Completa: que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los 3 grupos
Equilibrada: que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.
Inocua: que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consuma con moderación.
Suficiente: que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños, que crezcan y se desarrollen de manera correcta.
Variada: que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.
Adecuada: que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.
(Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación).

Dislipidemia: A la alteración de la concentración normal de los lípidos en la sangre.

E

Educación para la salud: Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar o colectiva.

Edulcorante: A la sustancias adicionadas cuya finalidad es aportar sabor dulce, se clasifica en *Edulcorantes que son Azúcares* (EA) y *Edulcorantes que No son Azúcares* (ENA)

Enfermedades Crónicas No Transmisibles: A las enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo.

Entorno laboral: Al ambiente formado por diversas condiciones, tanto físicas como sociales, culturales y económicas que inciden en la actividad dentro de una oficina, fábrica, empresa, clínica, etc.

Entorno saludable: A los grupos de poblaciones en espacios específicos transitando hacia la conquista de la equidad en salud.

Espacio físico: Lugar o espacio geográfico en el que se desenvuelven los grupos humanos en su interrelación con el medio ambiente de acuerdo a la finalidad que se requiera.

Estilo de Vida: Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Estilo de vida saludable: Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y

grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Estrategia: Deriva del latín *strategĭa*, que a su vez procede de dos términos griegos: *stratos* (“ejército”) y *agein* (“conductor”, “guía”). Por lo tanto, el significado primario de estrategia es el arte de dirigir las operaciones militares, también es el proceso seleccionado a través del cual se prevé alcanzar un cierto estado futuro.

Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas.

F

Factor de riesgo: Al atributo o exposición de una persona, una población o el medio que está asociado a una probabilidad.

Formato de reporte: Forma y tamaño de un impreso en el que se describen las actividades encomendadas en tiempo y forma establecidos.

G

Grasas trans: A los isómeros de ácidos grasos monoinsaturados. Se pueden producir en la hidrogenación de aceites vegetales durante la elaboración de margarina y grasas vegetales. Se les han atribuido efectos tóxicos.

Son ácidos grasos insaturados que se forman cuando los aceites vegetales se procesan y se transforman en más sólidos o en un líquido más estable.

Grupos de Ayuda Mutua: A la organización en grupo de los propios pacientes, para facilitar su educación y autocuidado de la Salud en las Unidades del Sistema Nacional de Salud.

H

Hábitos alimentarios: al conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres.

Hipertensión arterial: A la elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm de Hg (diastólica).

I

Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet: Al peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (kg/m2).

L

Lactancia materna: A la alimentación de los niños o niñas con leche materna, como único alimento durante los primeros seis meses de vida.

Lineamientos: Al conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo la política en materia de obra y servicios relacionados con la misma.

M

Meta: A los procesos que deben seguir y terminar para poder llegar al objetivo.

Monitor: Persona que dirige actividades deportivas y educativas.

O

Obesidad: A la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m²
En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

Orientación alimentaria: Al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta en el ámbito individual, familiar o

colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

P

Población: Grupo de personas que viven en un área o espacio geográfico.

Prevención: A la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias negativas tanto físicas, psicológicas y sociales.

Promoción de la salud: Al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familia y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

S

Sobrepeso: Al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m²
En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.

Supervisión: Actividad o conjunto de actividades que desarrolla una persona al supervisar y/o dirigir el trabajo de un grupo de personas, con el fin de obtener de ellas su máxima eficacia y satisfacción mutua.

T

Taller: Metodología de trabajo que permite desarrollar capacidades y habilidades lingüísticas, destrezas cognoscitivas, practicar valores humanos, a través de actividades cortas e intensivas que logren la cooperación, conocimiento y experiencia en un grupo de personas.

El taller debe definir los objetivos, presentación de los participantes, crear un ambiente adecuado, participación activa y resolución de conflictos, proporcionar la información de manera clara y dinámica, recordar los aprendizajes obtenidos, resumir la sesión y pedir retroalimentación. La duración del taller deberá ser de aproximadamente 2 horas o más.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010. Secretaría de Salud.
2. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf
3. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
4. http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
5. Instituto Nacional de Salud Pública
6. http://www.insp.mx/alimentosescolares/index.php
7. Lineamientos generales para el expedido y distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica, 2010. Secretaría de Salud.
8. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/salud_alimentaria/programa_accion.pdf
9. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las Dislipidemias
11. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
13. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.
15. *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado.* 2012.
16. Juan ángel Rivera Dommarco, Anabel Velasco Bernal, Mauricio Hernández Ávila, Carlos Alberto Aguilar Salinas, Felipe Vadillo Ortega, Ciro Murayama Rendón.
17. Programa de Acción Específico para la Prevención y el Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018.
18. Programa de Acción Específico para la Prevención y el Control de la Obesidad y del Riesgo Cardiovascular 2013-2018.
19. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
20. http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pnscap1.pdf
21. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/encuestas/resultados/ENSANUT.pdf