

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



SINALOA
ES TAREA DE TODOS

Directorio

Lic. Mario López Valdez.

Gobernador Constitucional del Estado de Sinaloa

Ernesto Echeverría Aispuro

Secretario de Salud y Director de los Servicios de Salud del Estado de Sinaloa

Dr. Julio Cesar Quintero Ledesma

Subsecretario de Salud

Dr. Francisco Cuauhtémoc Frías Castro

Secretaría de Educación Pública y Cultura (SEPyC)

Lic. Juan Ernesto Millán Pietsch

Secretaría de Desarrollo Social Humano(SEDESHU)

Lic. Juan Nicasio Guerra Ochoa

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA)

Alma Sofía Carlón de López

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Profr. German Contreras García

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Lic. Adalberto Castro Castro

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Lic. Abraham Velázquez Iribe

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)

Álvaro Martín Acosta Padilla

Director de Prevención y Promoción de la Salud

Jaime Otáñez García

Director de Atención Médica

Eva Luz Cerón Castro

Directora de Financiamiento y Protección Social en Salud

Rafael Ramos Solano

Comisionado Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Juan Jair Martínez Rubio

Director de Educación Física, Artística y Tecnológica Estatal

Juan Jesús Pérez Sánchez

Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades

Rubén Valle Castro

Subdirector de Promoción de la Salud.

José Humberto Valle Guerrero

Subdirector de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Gonzalo Reynaga Solís.

Jefe del departamento de Salud del Adulto Mayor

MC. Guillermo González Castillo.

Jefe del Departamento de Comunidades Saludables.

Dr. Arturo Manuel Padilla Hermosillo.

Jefe del programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales.

Lic. Celia Rosa Herrera

Jefe del depto de fomento sanitario

Lic. Risela Ruby Pinto Gonzales.

Coord. Estatal Salud del Adulto

Dra. Renata Heras Ovalle.

Coord. Estatal Diabetes y Riesgo Cardiovascular.

Lic. Abril Raygoza. COEPRIS

Líder del programa México sano "PROMESA"

Lic. Jorge Alan Urbina Vidales

Procuraduría Federal del Consumidor

Lic. Luis Mario Valdez

Cámara nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados.

Lic. Vicente Alberto Urías López

Instituto Sinaloense del Deporte. (ISDE)

Dr. José Lauro Meléndrez Parra.

Cámara Nacional de Comercio Culiacán.

Pablo Guevara Conde

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

Contenido

Presentación

Introducción

Problemática

Panorama mundial

Panorama en México

Panorama en Sinaloa

Regulación

Antecedentes

Marco jurídico

Marco conceptual

Planteamiento

Ejes rectores

Investigación y evidencia científica

Corresponsabilidad

Transversalidad

Intersectorialidad

Evaluación del impacto

Rendición de cuentas

Objetivos

Objetivo General

Objetivos Específicos

Visión 2018

Pilares y Ejes estratégicos

Pilares de la Estrategia Nacional

1. Salud Pública

1.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica

1.2 Promoción de la salud

1.3 Prevención

2. Atención Médica

2.1 Acceso efectivo a servicios de salud

- 2.2 Calidad de los servicios de salud
- 2.3 Mejora de las competencias y la capacidad resolutive del personal de salud
- 2.4 Infraestructura y tecnología
- 2.5 Garantía del abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro.
- 2.6 Investigación y evidencia científica
- 3. Regulación sanitaria y Política fiscal
- 3.1 Etiquetado
- 3.2 Publicidad
- 3.3 Política Fiscal

Evaluación

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

Bibliografía

Agradecimientos

Presentación

Dentro del pacto que mi administración realizó con la sociedad se encuentra integrar un proyecto común en donde todos tengamos un espacio de participación activa, por lo que desde el gobierno, todos hagamos lo que nos corresponde en las distintas tareas que nos lleven a un desarrollo integral.

Nos propusimos tener el gobierno que Sinaloa requiere para poner en marcha una etapa sin precedente de prosperidad con calidad de vida. Bajo estas consideraciones, promover las reformas necesarias para hacer posible un gobierno diferente. Un gobierno más cercano a la sociedad, a la persona, que garantice libertad, democracia, seguridad y justicia.

La situación actual de Sinaloa muestra que se ha incrementado la edad promedio de la población, y ello demanda servicios de salud más complejos. Como en el resto del mundo y nuestro país no es la excepción, el perfil epidemiológico se está modificando al pasar de enfermedades transmisibles, hacia un crecimiento exponencial de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

Por lo que deberemos fomentar y promover acciones para asegurar una sociedad saludable, lograr que la población adopte mejores estilos de vida, implantar la atención preventiva integral con la finalidad de mejorar los resultados obtenidos en la prevención de enfermedades y de los diferentes factores de riesgo de la población, mediante una estructura ágil y coordinada entre los sectores inmersos, logrando la identificación más temprana de los perfiles de riesgo, como son las enfermedades crónicas no trasmisibles, el sobrepeso, obesidad y diabetes, dentro de ello acciones más estrictas en la vigilancia epidemiológica, todo ello con la finalidad de disminuir los indicadores de morbi-mortalidad; así mismo, contribuir en el mejoramiento de la salud de la población con la promoción de la actividad física.

Para frenar la epidemia de obesidad infantil es necesario un compromiso político sostenido lo cual queda manifestado ampliamente en el Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016, en donde la participación de las instituciones públicas como privadas, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado tienen un papel fundamental en la creación de entornos más saludables y propicios, para la formación de mejores ciudadanos.

Lic. Mario López Valdez.
Gobernador Constitucional del Estado de Sinaloa

Introducción

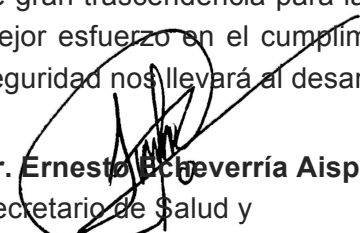
El sobrepeso y la obesidad infantil se asocian a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta. Las niñas y los niños con sobrepeso y obesidad, tienen mayor probabilidad de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares.

El riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de la obesidad. La obesidad en la infancia y adolescencia tienen consecuencias para la salud a corto, mediano y largo plazo. Las consecuencias más importantes del sobrepeso y la obesidad infantil, que a menudo no se manifiestan hasta la edad adulta, son: las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor, en particular la artrosis, y ciertos tipos de cáncer (de endometrio, mama y colon). 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 en el mundo.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 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.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, señalan que la prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en Sinaloa fue de 68.9% en adultos hombres y 70.6% en mujeres; así mismo en la población general la prevalencia de Diabetes tipo 2, se incrementó de 5.8% en el año 2000 a un 9.2% en el 2012.

En el plano individual, las personas pueden limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total, aumentar el consumo de verduras y frutas, así como de leguminosas, cereales integrales y frutos secos, limitar la ingesta de azúcares, realizar una actividad física periódica y lograr un equilibrio energético y un peso normal. Hoy tenemos la gran oportunidad de ser protagonistas directos en un trabajo de gran trascendencia para la salud pública de nuestra población, hagamos nuestro mejor esfuerzo en el cumplimiento de los objetivos de este plan, lo cual con toda seguridad nos llevará al desarrollo que tanto hemos anhelado.


Dr. Ernesto Echeverría Aispuro
Secretario de Salud y
Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa

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 diabetes².

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 30⁴. Por otro lado, según consideraciones de la OMS, el 44% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad⁵. 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.

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/>

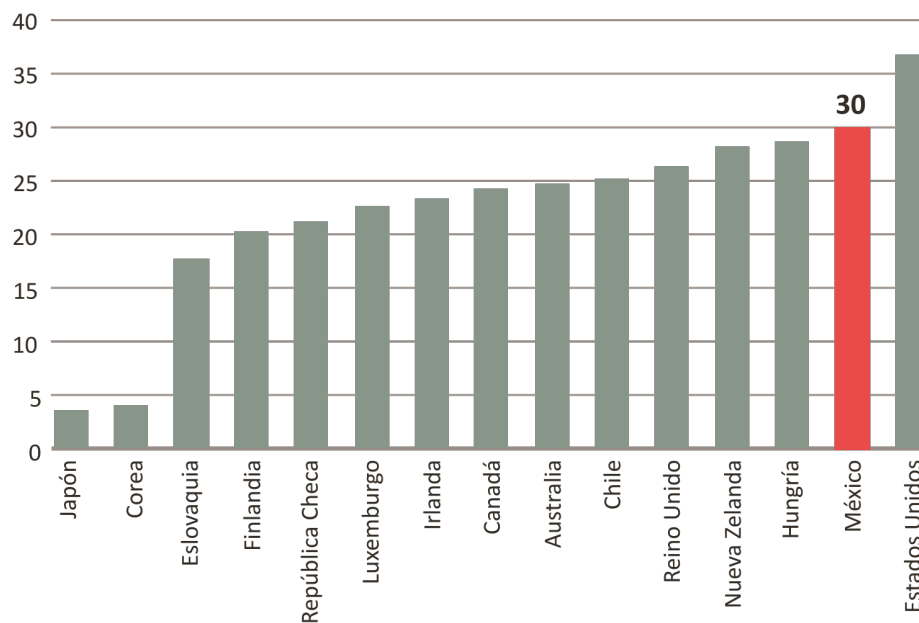
⁵ Cfr. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

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 física⁶.

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 obesos⁷. 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%)⁹.

Porcentaje de población adulta con obesidad, países OCDE 2010



Fuente: OCDE Health Data 2012

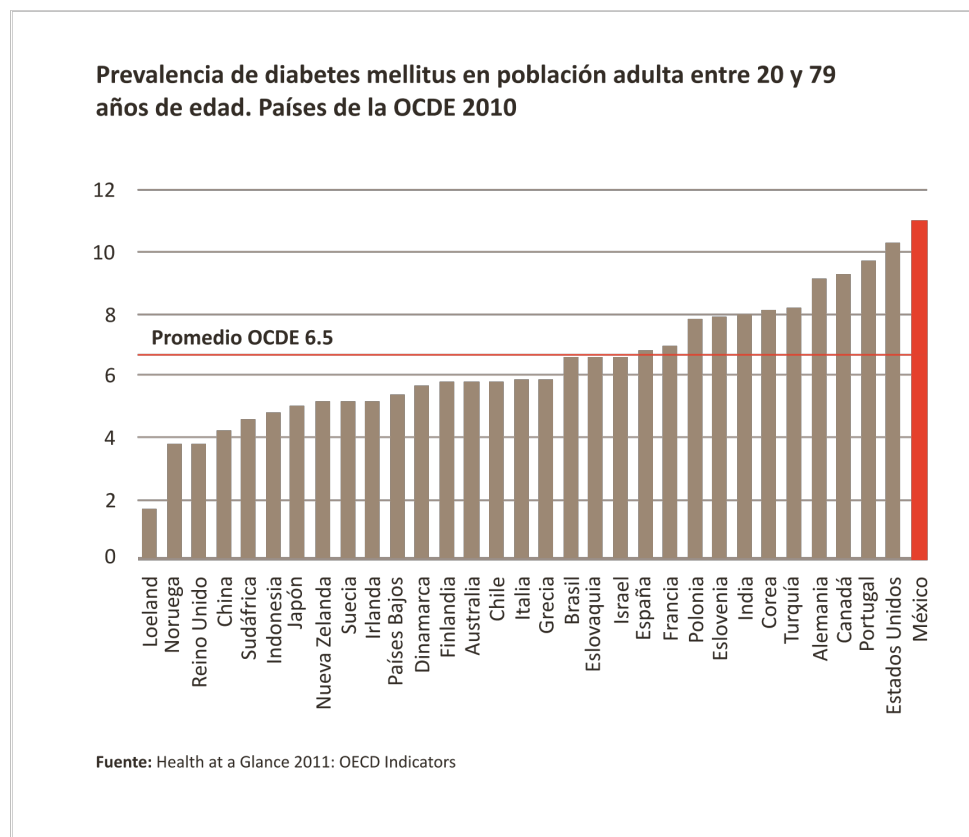
⁶ Idem

⁷ <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/> 9 OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Ginebra, 2012.

Cada año mueren en el mundo 2.8 millones de personas debido al sobrepeso y 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 cáncer⁸.

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

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2004 fallecieron 3.4 millones de personas por esta causa. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años y un 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se dupliquen entre 2005 y 2030. La dieta correcta, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y el evitar el consumo de tabaco pueden prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2⁹.



⁸Cfr. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

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 causa¹⁰.

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.

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 2012¹¹.

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%.

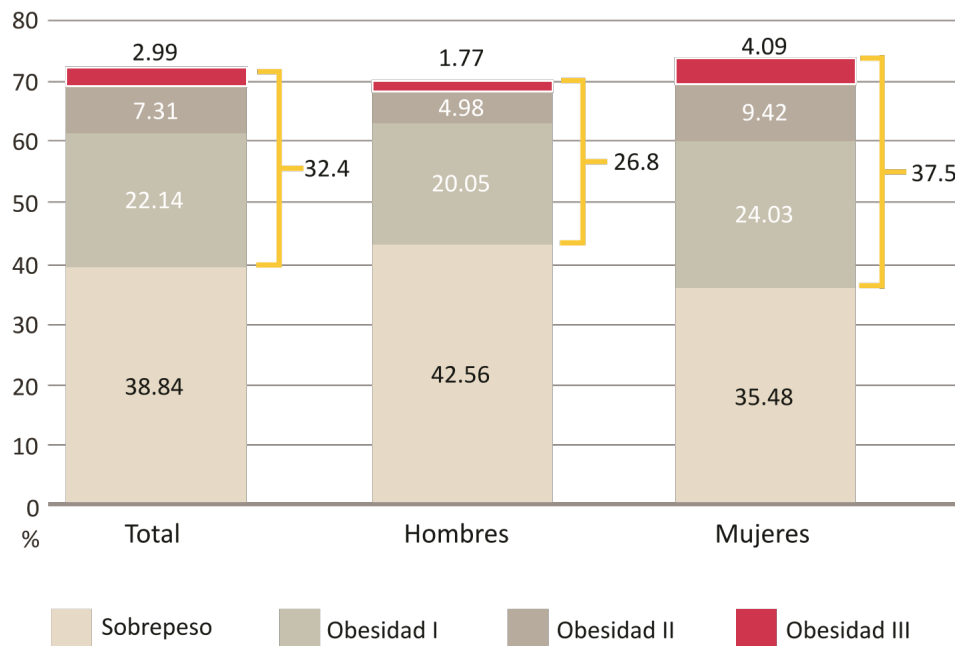
¹⁰ Idem

¹¹ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 184

¹⁵ Idem., Pág. 153

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

Sobrepeso y obesidad en México ENSANUT 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

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 2012¹².

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%.

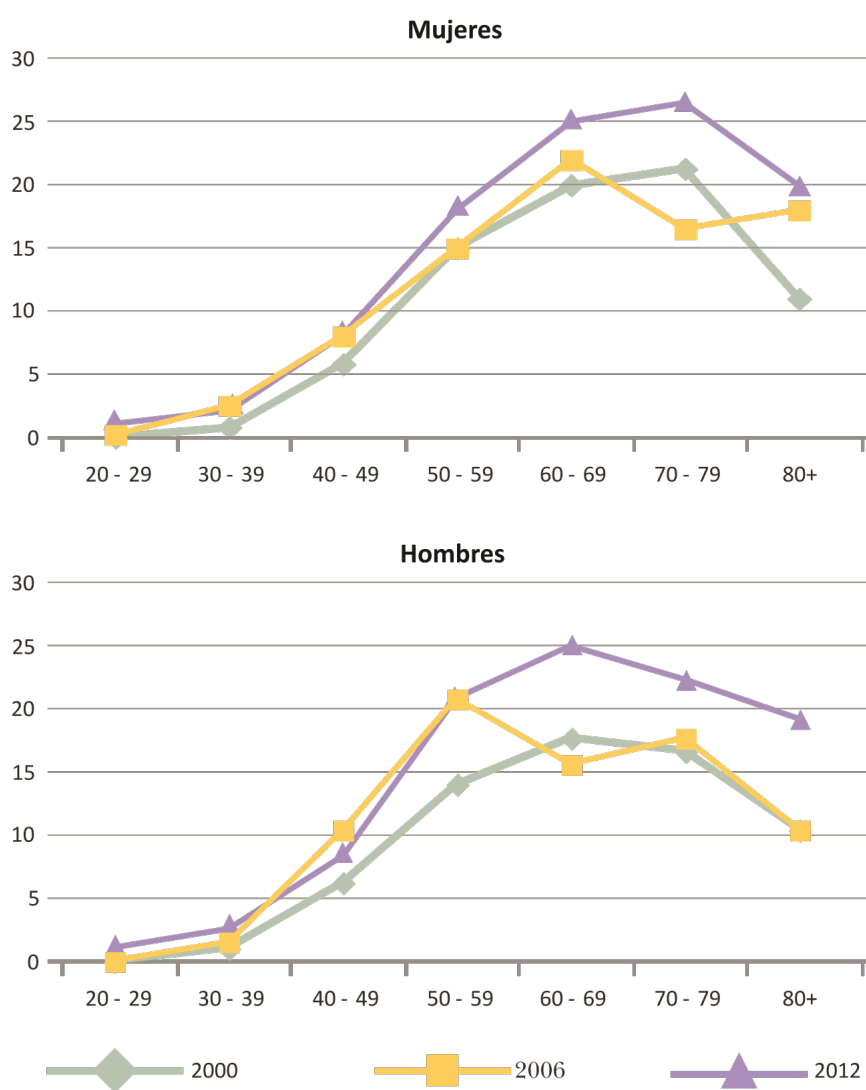
¹² Idem. pp. 170 y ss

¹⁷ Idem. Pág. 108.

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

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).

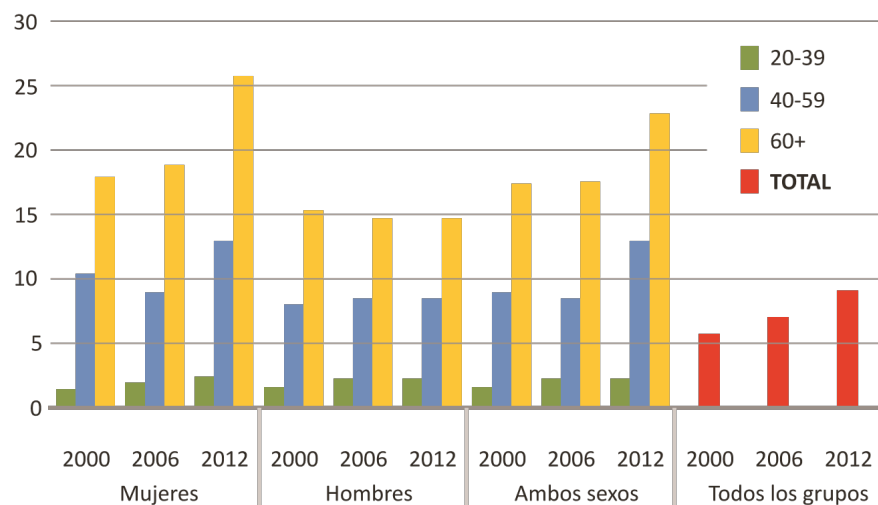
Prevalencia histórica de diabetes mellitus tipo 2 desagregada por sexo y edad



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



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

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

Un análisis de la transición epidemiológica en México encontró que las enfermedades no transmisibles causaron 75% del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos. Las principales causas de muerte fueron enfermedad isquémica del corazón (EIC), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad cerebrovascular, y cirrosis hepática. El porcentaje de mortalidad atribuible a DM2 e Hipertensión Arterial (HTA) fue mayor a 17% del total de las enfermedades no transmisibles en México durante 2006, las cuales tienen una importante asociación con la obesidad¹³.

¹³ Stevens J. et al. Population-Based Prevention of Obesity: The Need for Comprehensive Promotion of Healthful Eating, Physical Activity, and Energy Balance: A Scientific Statement From American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (Formerly the Expert Panel on Population and Prevention Science). Ed. American Heart Association .E.U., 2008.

Más aún, el índice de masa corporal elevado (indicador de sobrepeso y obesidad) contribuye con 12.2% del total de muertes y 5.1% del total de Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVPAD). Entre los principales factores de riesgo de muerte y discapacidad¹⁴, 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 obesidad¹⁵, 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 año¹⁶.

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-efectivas¹⁷.

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.

¹⁴ Idem

¹⁵ Las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la obesidad son cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis.

¹⁶ 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).

¹⁷ Idem.

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 población¹⁸.

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%²⁴.

México es uno de los países con mayor consumo de refrescos y bebidas azucaradas. Según los resultados de las encuestas nacionales de salud de 1999 a 2006, el número de hogares que consumen refrescos embotellados aumentó de 48% a 60% durante dicho período. Más aún, la Encuesta de Salud en Escolares 2008 colocó a los refrescos entre los cinco productos más consumidos en las escuelas primarias y secundarias públicas del país. Por otro lado, los resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México revelaron que, según lo declarado por los niños, solamente 28.1% de su consumo total de líquidos corresponde a agua o infusiones sin cafeína ni azúcar, contra 44% correspondiente a bebidas de alto valor calórico, tales como líquidos azucarados con y sin gas (refrescos), aguas de sabores, bebidas endulzadas con sabor a fruta y néctares¹⁹.

De acuerdo con un estudio realizado en escuelas primarias de la Ciudad de México²⁰, 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 deporte²¹.

¹⁸ Juan Ángel Rivera Dommarco, M. H. (2012). Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado. México: UNAM 24 Idem.

¹⁹ Théodore F, Bonvecchio A, Blanco I, Irizarry L, Nava A, Carriedo A. Significados culturalmente construidos para el consumo de bebidas azucaradas entre escolares de la Ciudad de México. Rev PanamSaludPublica. 2011;30(4):327– 34.

²⁰ Jennings-Aburto et al. Physical activity during the school day in public primary schools in Mexico City, CInyS- INSP, México, 2007.

²¹ CONACULTA, Encuesta Nacional de Hábitos, Prácticas y Consumo Culturales, México, 2010. pp.176 y 192

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)²².

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 2010²³.

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 sanguínea²⁴. En México, el 23.7% de los adultos mayores de 20 años se somete a una prueba de glucosa en sangre al año²⁵.

²² Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Secretaría de Salud, México, 2012.

²³ Idem pág. 37.

²⁴ 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

²⁵ Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, RomeroMartínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca,

Regulación

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

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

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

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

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

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

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

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



Panorama en Sinaloa

Población

La población estimada durante el 2012, fue de 2,836,868 los cuáles habitan en 733,626 hogares. En la realización de la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 en Sinaloa, se obtuvo información de 1,508 hogares en los cuáles habitan 5,670 individuos.

Dicha encuesta refiere que en Sinaloa, el 49.7% de la población fueron hombres y 50.3% mujeres, con una razón hombre: mujer de 0.99 datos del censo de población 2010.

En educación los resultados de la ENSANUT 2012 se identificó que el 95.7% de los niños de 6 a 14 años, asistía a la escuela, en tanto que en los individuos de 15 a 24 años, este porcentaje bajaba a 48.2%

El promedio de años completos de escolaridad en los individuos de 15 años o más fue de 9.0, 7.1% superior a los 8.4 años del promedio nacional.

La población analfabeta de 15 años o más, tenía una proporción de 7.0% en el país, en Sinaloa fue de 5.1%

En Sinaloa, únicamente el 1.0% de la población de cinco años o más hablaba una lengua indígena (en contraste con el promedio nacional de 6.0%), del que 4.5% era monolingüe y el restante 95.5% hablaba también español.

En lo referente al nivel socioeconómico general de la población, se observó que en Sinaloa la población se concentra en el quintil IV, en donde se agrupó el 23.6%.

Salud

A la derechohabencia tradicional por condición laboral se agregó desde 2004 la proporcionada por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) impulsada por el gobierno federal, y operada como Seguro Popular (SP) y Seguro Médico para una Nueva Generación.

En Sinaloa, 16.7% de la población no contaba con protección en salud, cifra inferior a la nacional (21.4%). En la ENSANUT 2006 se había identificado que 42.5% de la población no contaba con protección en salud.²⁸

La mayor proporción de protección en salud en Sinaloa se dio por la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, y Semar), que cubría a 54.3% de la población, cifra superior a la nacional, que fue de 38.9%. La cobertura alcanzada por el SPSS representa un incremento de 64.3% en relación con la cifra registrada en 2006 (17.1% en 2006 frente a 28.1% en 2012).²⁸

Vivienda

En el aspecto de materiales de la vivienda, en Sinaloa, 2.2% de los hogares tenía piso de tierra (cifra menor a la nacional de 3.2%), y 0.6% no contaba con energía eléctrica. Del total de viviendas, en 13.6% no se contaba con un cuarto exclusivo para cocina (15.7% en el nacional), y 7.2% utilizaba un combustible para cocina diferente a gas o electricidad (en contraste con el nacional de 13.7%). En lo referente a la propiedad de la vivienda, en 78.9% de los hogares se informó que la vivienda es propiedad de alguno de los integrantes de la misma, cifra superior a 70.9% del promedio nacional.

Gasto

Un determinante fundamental para el sobrepeso y la obesidad en Sinaloa es la que tiene que ver con el gasto de las familias, los hogares informaron destinar 52.7% del gasto total a la compra de alimentos, porcentaje menor 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 Sinaloa fue menor, al llegar a 3.8%.

Carencias sociales

En Sinaloa, la estimación indica que 32.5% de los individuos vivía en condiciones de pobreza de acuerdo con el indicador multidimensional, cifra inferior al 49.0% estimado para el país. El sobrepeso y la obesidad están directamente relacionados con los indicadores de carencias sociales los cuales son un determinante de salud sumamente importante, la aproximación estimada de la falta de acceso a la seguridad social fue la carencia más prevalente en la población de Sinaloa, tomando en cuenta que llega a 45.3%. Por lo que se refiere a la carencia de acceso a servicios de salud, la ENSANUT 2012 se identificó a 16.7% de la población de la entidad en esta condición de sobrepeso y obesidad.

Sobrepeso y obesidad

La prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en los < de 5 años en 2012 fue de 9.6%. Con una distribución para las localidades urbanas de 11.0% y para las rurales de 5.9%. 11% de los < de 5 años de edad residentes en localidades urbanas tuvieron sobrepeso, cifra que se ubicó arriba del promedio Nacional (9.7%).²⁸

En el grupo de 5 a 11 años, la prevalencia de Sobrepeso y Obesidad fue de 31.6% (sobrepeso 17.0%, obesidad 14.7%) siendo menor que la del 2006 38.3%. Al igual que la anterior, sobresale el área urbana 34.0 % que la rural 25.9 %.²⁸

En los adolescentes de 12 a 19 años, se observó una prevalencia menor a la reportada en la ENSANUT 2006 que fue de 32.1%, a solo 29.9%. Siendo mayor en los varones con 33.9% por 25.6% en las mujeres. La diferencia por área geográfica es < en relación a los grupos anteriores 30.9% en zona urbana por 27.3% en zona rural.

En los adolescentes, casi 30 de cada 100 (29.9%) tuvieron exceso de peso, es decir sobrepeso más obesidad, cifra menor a la ENSANUT 2006.²⁸

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, señalan que la prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en Sinaloa en los adultos fue de 68.9% en hombres y 70.6% en mujeres. La prevalencia de Obesidad (IMC \geq 30 Kg/m²) fue de 37.7% más baja en hombres (28.5%), que en mujeres (39.2%), mientras que la prevalencia de sobrepeso fue 28.2% mayor en hombres (40.4%) que en mujeres (31.5%).

En los adultos, mayores de 20 años, es un problema de salud pública que afecto a 6 de cada 10 hombres y a 7 de cada 10 mujeres. Cifras similares a nivel Nacional. En el caso de la obesidad abdominal, 8 de cada 10 mujeres padeció esta condición y 5 de cada 10 hombres tuvieron un perímetro de cintura elevado.²⁸

Salud pública

Morbilidad

De acuerdo a la ENSANUT 2012, la prevalencia de Diabetes tipo 2, se incrementó en comparación a la ENSANUT 2000 (5.8%) y la ENSANUT 2006 (7%) obteniendo un resultado de 9.2%.²⁸

La prevalencia de diabetes mellitus (DM) en personas de 20 años y más fue de 8.2, mayor a la reportada a la ENSANUT 2006 (5.5%). Fue ligeramente mayor en mujeres (8.4%) que en hombres (7.9%) con una razón de 1:1.²⁸

La prevalencia se incrementó de acuerdo al aumento de la edad, tanto en hombres como en mujeres, en el grupo de 40 a 59 años (11.2 y 10.4% respectivamente. Se incrementa aún más en los 60 y más en hombres (24.8%) y en mujeres (25.5%)²⁸

La prevalencia de Hipertensión arterial (HTA) en personas de 20 años y más fue de 16.9% la cuál aumento en 13.4% respecto a la ENSANUT 2006 (14.9%). Tanto en hombres como en mujeres se observó un incremento en la prevalencia a partir de los 40 años. (13.2% en hombres y 26.7% en mujeres) que aumentó considerablemente en el grupo de los 60 y más (28.4% en hombres y 47.2% en mujeres).²⁸

Durante el 2013 se establecieron 1,535,880 diagnósticos en el sector salud, de los cuáles el 38.10% se atendió en Centros de Salud y Hospitales Generales y el 37.61% en el Instituto Mexicano del Seguro Social, cubriendo ambas instituciones el 75.71% de atenciones en la población. Cuadro 1.

Cuadro 1.- Frecuencia de morbilidad general por institución, Sinaloa 2013.

INSTITUCION	CASOS	%
SSA	585,234	38.10
IMSS ORD	577,768	37.61
ISSSTE	153,682	10.00
OTRAS*	219,196	14.24
Total	1,535,880	100.00

* IMSS/OPORT, DIF, SEDEMAR, SEDENA, PEMEX.

Fuente: Sistema Único de Información Epidemiológica.- Sinaloa 2013

Dentro de las principales 10 causas de Morbilidad durante el 2013, sobresalen las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales como la primera y segunda causa de atención con un total de 904,513 y 154,921 respectivamente. De las enfermedades crónicas no transmisibles, tanto en el 2012 como el 2013, se ubican en sexto lugar la hipertensión arterial con 28,092 casos con tasa de 958.01 x 100,000 hab. Y en noveno lugar, diabetes mellitus no insulino dependiente tipo 2 (DM tipo 2) con 17,597 y una tasa de 600.10 x 100,000 hab.

Cuadro 2.

Cuadro 2.- 10 principales causas de Morbilidad General 2013 en Sinaloa

No.	Diagnóstico	2012		2013	
		Casos	Tasa	Casos	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas	950722	32,422.26	904,513	30846.40
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	154530	5,269.90	154,921	5283.24
3	Infección de vías urinarias	152244	5,191.94	149,516	5098.91
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	67023	2,285.67	64,277	2192.02
5	Gingivitis y enfermedades periodontales	33425	1,139.89	33,685	1148.75
6	Hipertensión arterial	29285	998.70	28,092	958.02
7	Otras helmintiasis	24897	849.06	24,567	837.80
8	Otitis media aguda	23208	791.46	21,026	717.04
9	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	17667	602.49	17,597	600.11
10	Asma y estado asmático	13937	475.29	12,567	428.57

*Tasa cruda x 100,000 habitantes, población general según CONAPO Proyección 2010-2030.

Fuente: Sistema Único de Información Epidemiológica.- Sinaloa 2013

Dentro de las 133,032 casos nuevos de Enfermedades no transmisibles, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus no insulino dependiente tipo 2, ocuparon el 2do y 3er lugar con 28,092 (21.11%) tasa de 958.01 y 17,597 (13.22%) tasa de 600.10 respectivamente, después de las úlceras, gastritis y duodenitis con 64,277 (48.31%) tasa de 2192.02 x 100,000 habitantes.

Sin embargo al realizar el análisis en el grupo de 20 a 59 años, donde contamos con el mayor número de población económicamente activa, la DM tipo 2, se ubica en el séptimo lugar con 4,475 casos, una tasa de 289.46 x 100,000 hab. de 20 a 59 años. Cuadro 3.

Cuadro 3.-10 Principales causas de morbilidad en el grupo de 20 a 59 años.

No.	Diagnostico	Casos	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	96,273	6,227.34
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	21,286	1,376.87
3	Infección de vías urinarias	15,183	982.10
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	13,559	877.05
5	Gingivitis y enfermedades periodontales	7,199	465.66
6	Hipertensión arterial	6,176	399.49
7	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	4,475	289.46
8	Otitis media aguda	3,013	194.89
9	Otras helmintiasis	2,250	145.54
10	Intoxicación por picadura de alacrán	2,190	141.66

* Tasa cruda x 100,000 habitantes, población de 20 a 59 años, según CONAPO Proyección 2010-2030.

Fuente: Sistema Único de Información Epidemiológica.- Sinaloa 2013

La hipertensión arterial y la DM tipo 2, ascienden y se ubican en quinto y sexto lugar respectivamente en el grupo de 60 y más años, incluyéndose además en este grupo la enfermedad isquémica del corazón en noveno lugar con 760 casos. Cuadro 4.

Cuadro 4.- 20 principales causas de morbilidad en el grupo de 60 y mas años 2013.

No.	Diagnostico	Casos	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	33,388	11,226.10
2	Infección de vías urinarias	9,254	3,111.49
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	6,778	2,278.98
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	5,251	1,765.55
5	Hipertensión arterial	4,472	1,503.63
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	2,601	874.54
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	1,851	622.36
8	Otras helmintiasis	773	259.91
9	Enfermedades isquémicas del corazón	760	255.54
10	Otitis media aguda	700	235.36

* Tasa cruda x 100,000 habitantes, población de 60 y más años, según CONAPO Proyección 2010-2030.

Fuente: Sistema Único de Información Epidemiológica.- Sinaloa 2013

Durante el periodo 2006- 2012 se diagnosticaron 96,613 casos nuevos de DM tipo 2, con un promedio por año de 13,802, lo cual durante 2012 y 2013 se rebasó en 28% y 27%. Respectivamente, mientras que los casos nuevos de hipertensión arterial en dicho periodo fueron de 174,523 con un promedio de 24,932 casos, ocurriendo lo mismo durante el 2012 y 2013, rebasándose dicho promedio 17.4% y 12.6. Cuadro 5.

Cuadro 5.- Casos nuevos de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial acumulados, Sinaloa 2006 - 2013.

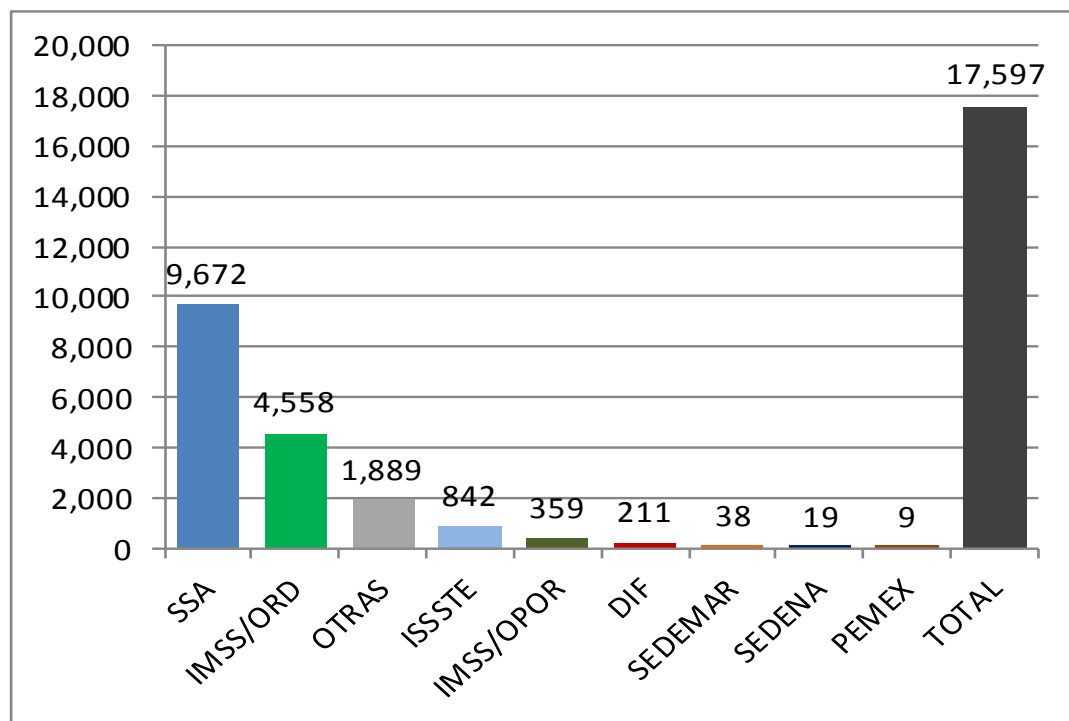
Dx/Años	2006 - 2012	Promedio x año	2012	2013	Porcentaje final 2013/2012
Diabetes Mellitus tipo 2	96,613	13,802	17,667	17,597	-0.3
Hipertensión arterial	174,523	24,932	29,285	28,092	-4

Fuente: Sistema Único de Información Epidemiológica.- Sinaloa 2006-2013

Es preocupante el Panorama de las ECNT, sobre todo por el incremento que se está dando del sobrepeso y obesidad, sin embargo algo que se ha observado, aparte de la gravedad del incremento de casos, es el aumento que en el Estado se da en ciertas zonas o área geográfica, y en una misma localidad, la divergencia en la frecuencia en la notificación de casos, en verdad se estarán incrementando o existe un sobre registro de los mismos, sobre todo con la Hipertensión, pues sabemos que tan fácil es establecer el Diagnóstico sin apegarnos a la Norma Oficial Mexicana, tal vez un poco menos, para la Diabetes Tipo 2, pues se necesita de una prueba de laboratorio para confirmar diagnóstico.

En el Estado ya se comentó que el grueso de la atención la otorgan la Secretaria de Salud (SSA) a través del Seguro Popular, con sus Centros de Salud y Hospitales Generales y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en relación con Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo 2 con el 54.9% y 25.9 respectivamente. Cuadro 6.

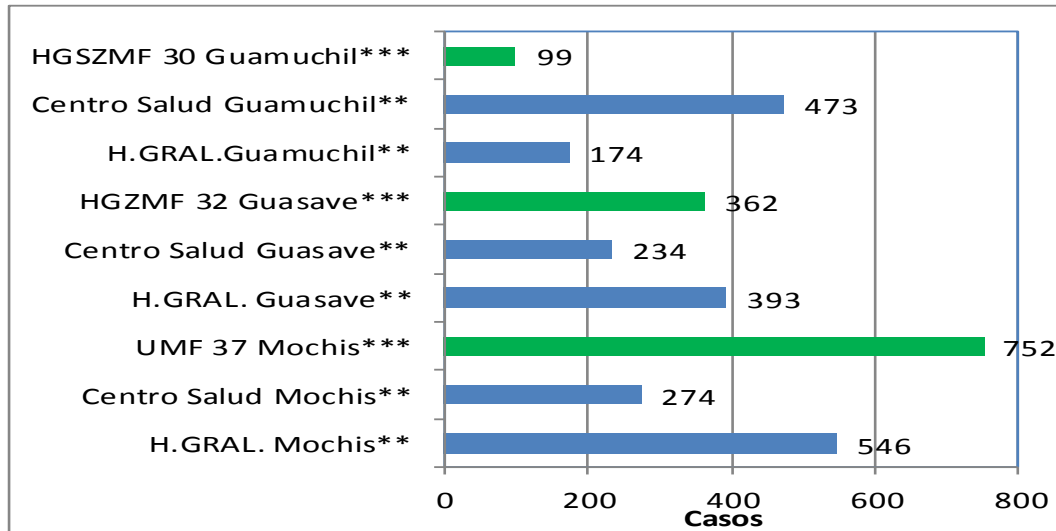
Cuadro 6.- Casos nuevos de DM Tipo2 en Sinaloa 2013



Fuente: Sistema Unico de Información Epidemiológica (SUIVE) 2013

Sin embargo, al estar revisando el comportamiento de la DM Tipo 2, se observan diferencias diagnósticas importantes en la frecuencia de las mismas como primera vez. En algunas zonas hay más riesgo de padecer alguna ECNT en población No DH, y en otras zonas es todo lo contrario. Cuadros 7, 8 y 9.

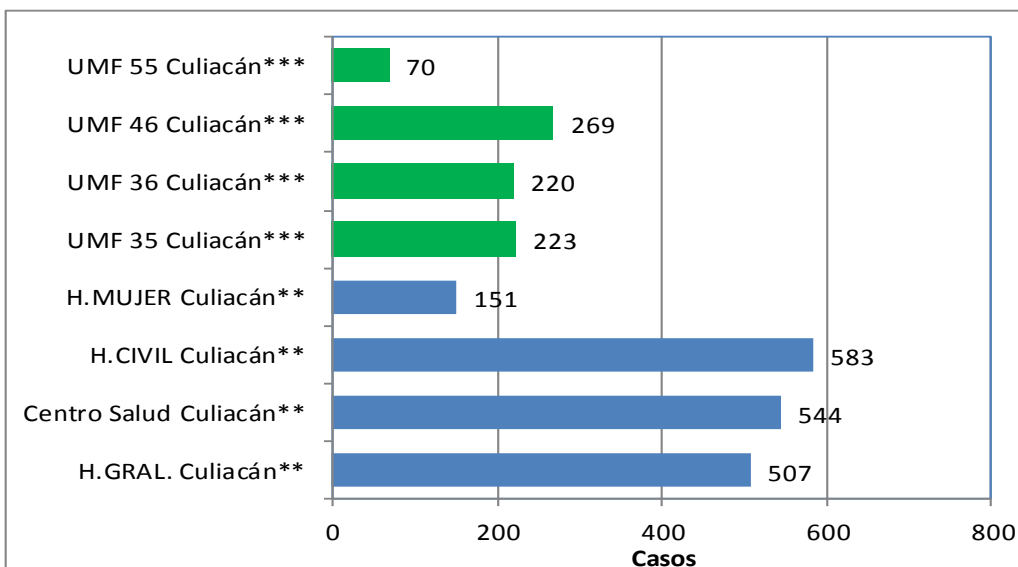
Cuadro 7.- Casos nuevos de DM Tipo2 en Jurisd. Sanit. 1



Fuente: Sistema Unico de Información Epidemiológica 2013

Unidades de SSA *Unidades IMSS

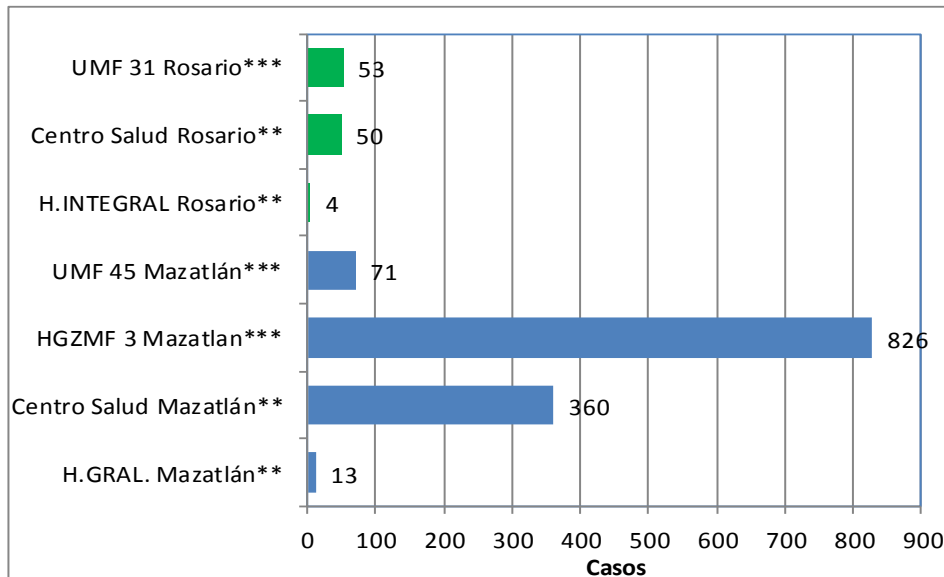
Cuadro 8.- Casos nuevos de DM Tipo2 en Jurisd. Sanit. 2



Fuente: Sistema Unico de Información Epidemiológica 2013

Unidades de SSA *Unidades IMSS

Cuadro 9.- Casos nuevos de DM Tipo2 en Jurisd. Sanit. 3



Fuente: Sistema Unico de Información Epidemiológica 2013

Unidades de SSA *Unidades IMSS

Consideramos este problema multifactorial, por mencionar algunas causas:

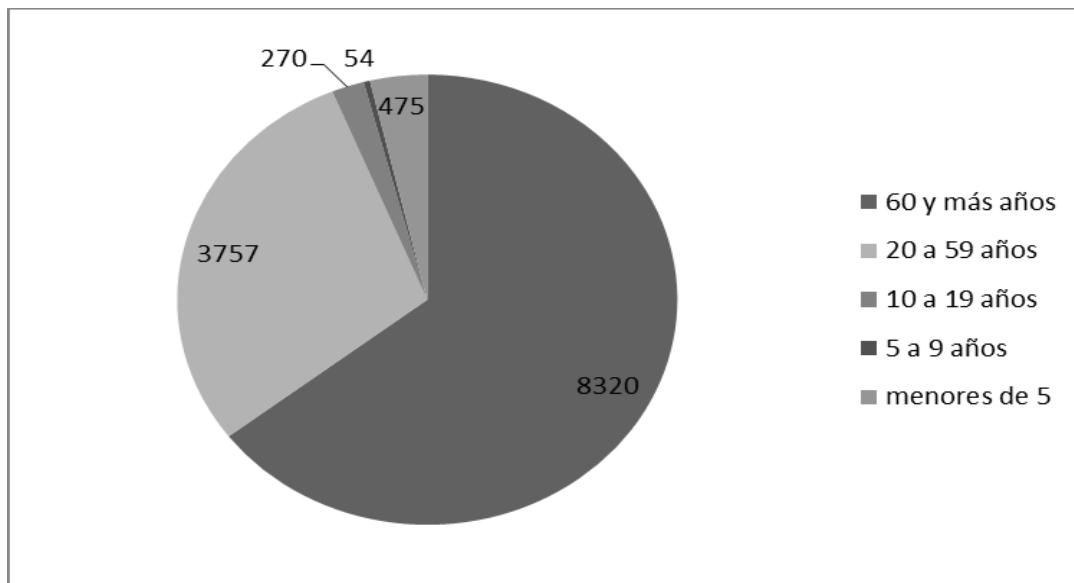
- 1.- Resultados de la ENSANUT 2012, refiere que la población no está satisfecha con los servicios de salud en donde está adscrito, por lo tanto demanda consulta en otra institución, catalogándola como primera vez, cuando ya está registrada. Y así puede estar demandando consulta donde sea mejor atendida.
- 2.- El paciente puede estar registrado en su misma unidad varias veces, dado que las bases de datos en algunas instituciones, al anotar un número diferente de filiación, o cambiar letras del nombre lo capta como caso nuevo.
- 3.- Y lo más delicado que mencionamos anteriormente, establecer diagnósticos sin tomar en cuenta las Normas Oficiales Mexicanas, sobre todo en el Primer Nivel de Atención.

Mortalidad

Durante 2012, ocurrieron 12,876 defunciones en el Estado, siendo el grupo de 60 y más años donde se presentó el mayor porcentaje 64.62% y el de 5 a 9 años donde menos ocurrieron 0.42%.

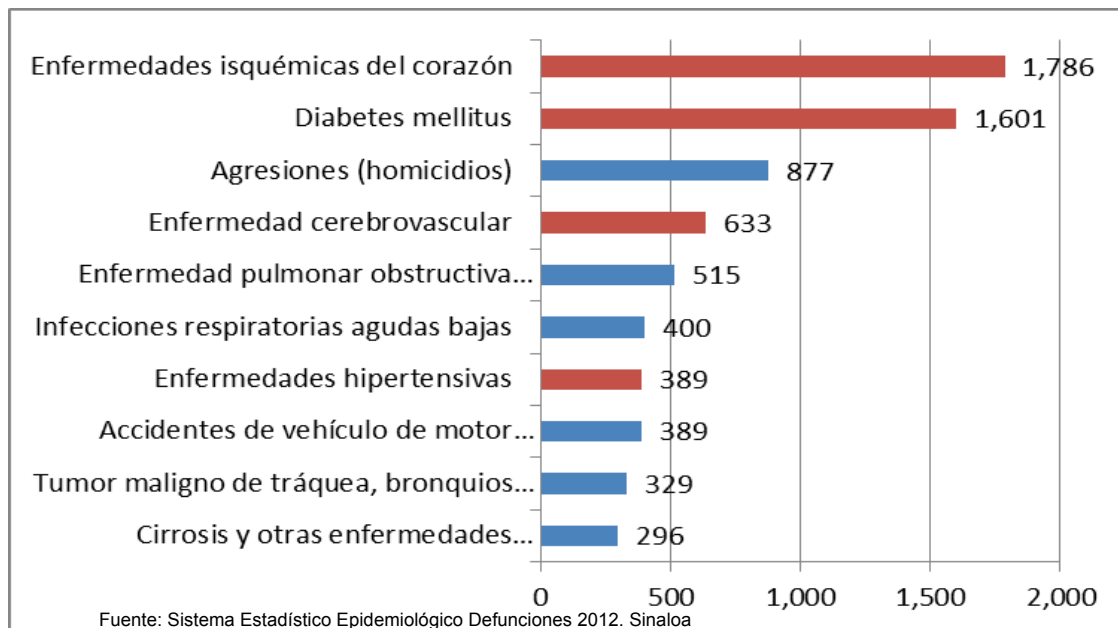
El resto de las defunciones se distribuyeron en el grupo de 20 a 59 años, con el 29.18%, en el de 10 a 19 años 2.10% y finalmente el de menores de 5 años con el 3.69%. Cuadro 1 y 2.

Cuadro 1. Defunciones en el Estado durante 2012

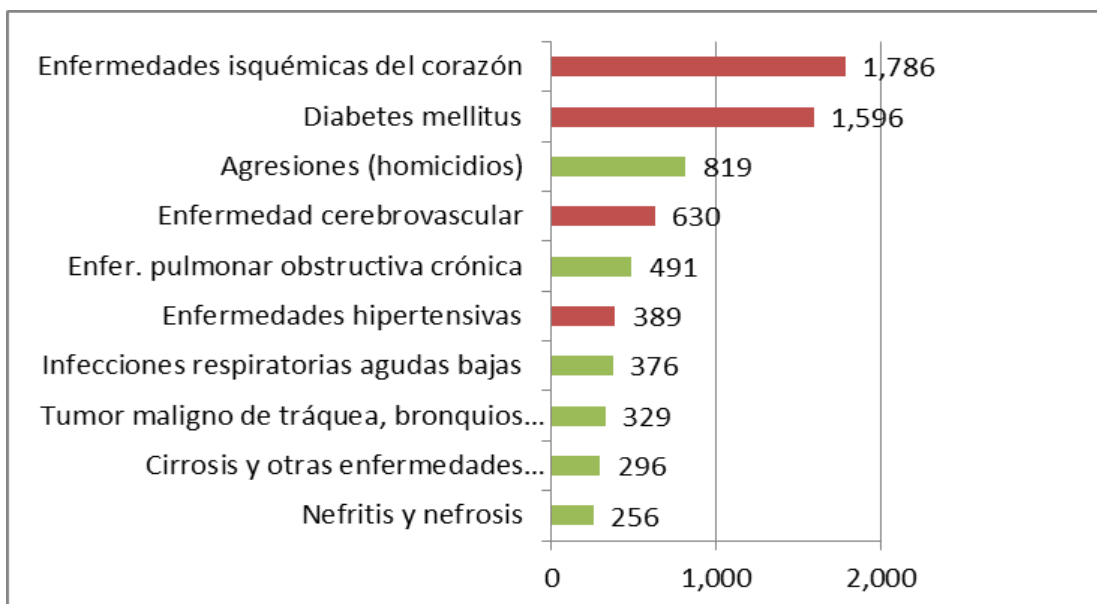


Fuente: Sistema Estadístico Epidemiológico Defunciones 2012. Sinaloa

La mortalidad en el grupo de 20 y más años, representó el 93.79% con un total de 12,077 defunciones destacando en primero y segundo lugar, Enfermedad isquémica del corazón con 1,786 y la Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo 2 con 1,596, con tasas de 61.46 y 54.92 x 100,000 hab. de dicho grupo. Llama la atención que a partir de los 20 años, se presentan defunciones por DM tipo 2 y por enfermedad isquémica del corazón. En este grupo se ubican las 4 patologías, cuyo origen es atribuible al sobrepeso y obesidad. Cuadro 3.



Cuadro No.3 Mortalidad en grupo de 20 y más años.



Antecedentes

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

Programa de atención en el contexto escolar (PACE)

La Secretaría de Educación Pública del estado de Sinaloa, a través de la Subsecretaría de Educación Básica, para coadyuvar en la atención del problema de sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescentes que experimenta un incremento a una velocidad impresionante, en el marco del Programa Escuela y Salud (PEyS) y derivado de los objetivos del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria, implementa a partir del ciclo escolar 2010-2011 el Programa de Acción en el Contexto Escolar con acciones específicas en todo el estado.

El PACE se organiza en tres componentes fundamentales:

- La educación y promoción de la salud que se ofrece mediante el currículo en los tres niveles de educación básica.
- El fomento a la activación física que agrega tiempos de actividad física a los que el currículo señala como obligatorios.
- El acceso y disponibilidad de alimentos y bebidas que faciliten una alimentación correcta en los planteles de educación básica.

En su contenido, se establecen los criterios para regular el manejo, preparación, expendio o distribución de bebidas y alimentos preparados y procesados en los planteles de educación básica, con la finalidad de que se propicien prácticas de alimentación correctas. El Anexo Técnico de los Lineamientos, incluye los criterios nutrimentales y se determinan las cantidades de energía y nutrimentos promedio que requieren los escolares de educación preescolar, primaria y secundaria para satisfacer sus necesidades diarias; a través de la definición de cantidades máximas de calorías recomendadas en el refrigerio escolar para lograr una dieta correcta, así como promover y mantener su salud.

En el marco del PACE, las actividades que se realizan plantean los siguientes objetivos:

- Impulsar la realización de actividad física como práctica regular en las escuelas
- Incentivar la igualdad de género en la práctica del deporte
- Impulsar el consumo de agua potable y el alfabetismo nutricional
- Promover y facilitar la disponibilidad de agua (bebederos)
- Generar lineamientos para el expendio de alimentos y bebidas en las escuelas para disminuir el consumo de azúcares, grasas y sodio para promover una sana alimentación escolar
- Seguimiento al proceso de implementación y cumplimiento de los lineamientos.

Acciones destacadas:

- “Foros Estatales para la Prevención del sobrepeso y la obesidad”
- Reuniones Estatales Intersectoriales (SEP-SS) para abordar temas relacionados con la salud alimentaria de los escolares y la regulación de alimentos y bebidas que se expenden en las escuelas
- Foros de diálogo sobre salud alimentaria
- Publicación de materiales educativos y de apoyo para docentes, directivos y padres de familia (manuales, guías y videos)
- Enriquecimiento de contenidos curriculares en Plan y Programas de Educación Básica y libros de texto gratuitos (Reforma Integral de Educación Básica)
- Diseño de Página WEB con información sobre Promoción y Educación para la Salud, determinantes de la salud y orientación alimentaria
- “Reuniones Estatales de Buenas Prácticas”
- “Curso Básico de Formación Continua para Maestros en Servicio”
- “Curso de Formación Continua Programa Escuela y Salud”

Organismos involucrados para el desarrollo del PACE:

- Sector industrial relacionado con la producción, industrialización, comercialización y venta de alimentos y bebidas
- Instituciones académicas relacionadas con el desarrollo tecnológico y científico sobre alimentación y nutrición
- Instancias de representación social a nivel estatal y municipal (Consejos de Participación Social)
- Organismos representantes, sindicatos y sociedad civil organizada sobre el tema de promoción y educación para la salud
- Medios de comunicación social.

Grupos de Ayuda Mutua (GAM´ EC)

La estrategia denominada Grupos de Ayuda Mutua EC, que se inició bajo el concepto de Clubes de Diabéticos, en los Servicios de Salud de Sinaloa desde 2009 se ha redimensionado al incluir entre sus participantes no sólo a personas con diabetes, sino también aquellas en riesgo de padecerla y personas adultas mayores.

Un Grupo de Ayuda Mutua está constituido por pacientes que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para impartir la capacitación necesaria para el control adecuado de la diabetes y/o la hipertensión arterial.

Objetivos

Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la diabetes y las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adultas y adulta mayor, así como elevar la calidad de vida en este grupo poblacional.

Establecer y consolidar políticas y estrategias que contribuyan a reducir la morbilidad y desacelerar la mortalidad por diabetes en México, con estricto apego a la normatividad vigente.

Beneficio social tangible

- Informar a la población que tener estilos de vida saludables, retrasa o previene la diabetes.
- Aumentar la accesibilidad de la detección en las personas mayores de 20 años.
- Aumentar años de vida de las personas con diabetes y mejorar la calidad de estos.
- Mejorar la accesibilidad en el tratamiento integral de la enfermedad.
- Retrasar o prevenir las complicaciones por la enfermedad.

Beneficios

- Prevención o aplazamiento de la aparición de la enfermedad, al promover que se eviten, contrarresten eliminen los factores de riesgo de la enfermedad detectados.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de cualquiera de la diabetes.
- Retrasar las complicaciones.
- Promover estilos de vida saludables.
- Abatir costos.

SIVEGAM

El Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua EC (SIVEGAM) es operado en el nivel jurisdiccional, donde se lleva a cabo la captura mensual de las mediciones de metas de tratamiento y monitoreo de los GAM's EC registrados en las jurisdicciones.

- Hasta septiembre de 2012 se encuentran capturados y en monitoreo permanente en el SIVEGAM 3,225 GAM's EC, con un total de 83,850 integrantes, con un promedio de 25 integrantes por GAM. De los cuales han participado en el proceso y logrado la acreditación en diferentes años, 1,866 GAM's EC acumulados en el período.
- Al análisis por entidad federativa a septiembre 2012 observamos que 5 estados ya cumplieron su meta anual Colima, Morelos, Sinaloa, Tlaxcala y Zacatecas.

Registro de Salud del Escolar (RESE)

La Secretaría de Educación Pública y Cultura a partir del ciclo escolar 2011-2012, en el marco operativo del Programa Escuela y Salud, inició un esfuerzo sistemático para generar un conjunto de datos a través de la operación de un Programa denominado Registro de Salud del Escolar (RESE) que permite conocer las condiciones nutricionales de la población escolar inscritos en planteles de educación básica. El insumo de este programa es el peso y talla o estatura del alumno, información que es captada y registrada en la plataforma electrónica de esta Secretaría por los docentes en servicio, lo que permite calcular el bajo peso, sobrepeso y obesidad de los educandos. Este registro de datos sienta las bases para contar con elementos de apoyo para afrontar de manera puntual los problemas de nutrición de la niñez sinaloense. El RESE permite evaluar las condiciones de nutrición de la población escolar de manera individual, grupal, por plantel, zona escolar, municipal, estatal y por sostenimiento de los planteles.

En la entidad a través del Programa de Registro de Salud del Escolar (RESE), durante el ciclo escolar 2012-2013 se evaluaron a 528,135 alumnos de educación básica, 25,086 más que el año lectivo 2011-2012, cuya cantidad fue del orden de 503,049 alumnos evaluados, con incremento porcentual de 4.99%.

No se puede mejorar lo que no se mide y evalúa, en consecuencia, los resultados que emanan de este programa son insumos para la ejecución de acciones dirigidas a mejorar la salud del educando y a la promoción de estilos de vida saludables, las cuales son ejecutadas por el magisterio en el ámbito escolar y por los padres en el contexto familiar.

Este programa ha permitido conocer las condiciones nutricionales de la población escolar inscritos en planteles de educación básica y debido a que el insumo de este programa es el peso y talla o estatura del alumno, la información es captada y registrada en la plataforma electrónica de esta Secretaría por los docentes en servicio, lo cual ha permitido calcular el bajo peso, sobrepeso y obesidad de los educandos y sienta las bases para contar con elementos de apoyo para afrontar de manera puntual los problemas de sobrepeso y obesidad de la niñez sinaloense.

Programa 5 Pasos por Tu Salud.

Esta estrategia fue implementada en Sinaloa a partir del 2011 con base en Estrategias para impulsar y promover cambios de actitudes saludables: 5 Pasos por Tu Salud para Vivir Mejor a través de 5 pasos sencillos y fáciles de recordar: Actíivate, Toma Agua, Consume Verduras y Frutas, Mídete y Comparte como parte del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, el cual da la pauta para formular diversas estrategias integrales y potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios correctos.

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 México²⁶.

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

Los dos factores de riesgo sobre los que se enfocó; fueron la insuficiente actividad física e ingestión de alimentos saludables en la población y los determinantes económicos y de mercado, sociales, culturales y legales que contribuyen a generar un ambiente poco propicio para llevar una vida saludable²⁷.

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”²⁸.

²⁶Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Enero, 2010.

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

²⁸Diario Oficial de la Federación. Lineamientos generales para expendio y distribución de alimentos y bebidas en las escuelas. 23 de agosto de 2010.

Secretaría del trabajo y previsión social

Ley de Ayuda Alimentaria

Con fecha 17 de enero de 2011, el Presidente de la República, publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores, cuyo objeto es “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”.

Con base en el artículo 15 de la citada ley, el 28 de marzo de 2011 se instaló la Comisión Tripartita para la Evaluación, Seguimiento y Vigilancia de la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores.

Con fecha 19 de Noviembre de 2013, la Comisión de Mejora Regulatoria – COFEMER-emitió el Dictamen Total, por lo que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social puede proceder con las formalidades necesarias ante la CJEF para la publicación del Reglamento de la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores.

En dicho Reglamento, se contempla la difusión de una campaña nacional permanente, la cual deberá ser amplia y concurrente en todos los medios de difusión con el fin de que los patrones y los trabajadores conozcan las modalidades de ayuda alimentaria establecidas en la Ley.

La vigilancia de la citada Ley y su Reglamento, estará a cargo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, de la Secretaría de Salud y de los Gobiernos de las Entidades Federativas.

Declaraciones

La STPS es una dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, conforme a lo dispuesto por los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2, fracción I, y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Conforme al artículo 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, le compete vigilar la observancia y aplicación de las disposiciones contenidas en los artículos 123 y demás relativos de la Constitución Federal, de la Ley Federal del Trabajo y de sus Reglamentos.

De acuerdo al artículo 31 del Reglamento Interior de la Secretaría, la misma contará con delegaciones federales y subdelegaciones en todo el país que determine el Secretario del Trabajo y Previsión Social.

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)

En Sinaloa se implementaron como instrumentos centrales de los programas 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

Por cada componente se realizaron acciones específicas por el personal médico de primer contacto.

Así mismo se integraron grupos de ayuda sobre:

- Obesidad
- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Depresión
- Desnutrición
- Diabetes mellitus
- Alcoholismo
- Violencia familiar²⁹

²⁹<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/index.aspx>

Programa PrevenISSSTE

El 15 de octubre del 2010 fue puesto en marcha el Programa PrevenISSSTE que tiene como objetivo empoderar a su derechohabiente para lograr la regresión del sobrepeso y la obesidad; la detección oportuna del cáncer de mama y cérvico uterino; de la diabetes y otras enfermedades crónicas degenerativas, así como el combate a la farmacodependencia, las enfermedades de transmisión sexual -principalmente entre los jóvenes-, y sobre todo, aspectos fundamentales para la salud de los mexicanos, como la sana alimentación, la práctica del ejercicio y el cuidado de las mujeres embarazadas³⁰.

Marco Jurídico

La Estrategia presentada en este documento se sustenta y es encauzada por el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, así mismo la Estrategia Nacional y Estatal para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes cuentan 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”.

³⁰<http://www.prevenissste.gob.mx/>

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. 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 Federa

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.

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 0402-2004
- 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. 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.
- VII.* 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
- VIII.* 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
- IX.* 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;

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.

- Norma Oficial Mexicana, NOM-251-SSA1-2009. Bienes y Servicios. Prácticas de Higiene y Sanidad en la Preparación de Alimentos que se ofrecen en Establecimientos Fijos.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-086-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas No Alcohólicas con Modificaciones en su Composición.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Especificaciones Generales de Etiquetado para Alimentos y Bebidas Pre envasados.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-169-SSA1-1998. Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-2013. Para el fomento 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.

Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 del Estado de Sinaloa

La presente Estrategia se alinea al Plan estatal de desarrollo de Sinaloa 2011-2016 en el marco del Eje “Obra Humana” en el objetivo general número dos que a la letra dice:

“Fomentar y Promover acciones Para asegurar una sociedad saludable.”

Así como del siguiente Objetivo Específico:

Lograr que la Población adopte estilos de Vida saludables. Implantar la Atención Preventiva Integral, Con la Finalidad de mejorar los resultados obtenidos en la prevención de enfermedades y de los diferentes factores de riesgo de la población, mediante una estructura ágil y Coordinada entre los sectores inmersos, logrando la identificación más temprana de los perfiles de riesgo, Como son las enfermedades crónico degenerativas, de sobrepeso y oncológicas, y acciones más estrictas en la vigilancia epidemiológica, la salud mental y la creación de Centros y consejos especializados Con la Finalidad de disminuir los indicadores de mortalidad; asimismo, Contribuir en el mejoramiento de la salud de la población Con la promoción del deporte.

Así mismo, en con esta Estrategia se dará cumplimiento a los siguientes puntos del Plan Estatal:

- Desarrollar estrategias para la atención preventiva e integral del adulto mayor, en particular diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemias y enfermedad renal.
- Realizar una gran cruzada contra el sobrepeso y la obesidad infantil, de manera coordinada con las autoridades educativas y el sector social.
- Fortalecer las mejores prácticas nutricionales en la población, en coordinación con instituciones públicas y privadas.
- Acordar acciones de prevención y promoción de la salud con los distintos niveles de gobierno, así como con los sectores social y privado.
- Acordar acciones de prevención y promoción de la salud con los distintos niveles de gobierno, así como con los sectores social y privado.

Se contribuirá en la búsqueda de las siguientes metas estratégicas:

- Detener el crecimiento del sobrepeso y la obesidad infantil y reducir en 5% su prevalencia para el año 2016.
- Posicionar a Sinaloa entre los diez primeros lugares a nivel nacional en materia de prevención de enfermedades y cuidado de la salud.
- Incrementar la expectativa de vida de 75 a 76 años.

Ley de Salud del estado de Sinaloa.

Publicado en el P.O. "El Estado de Sinaloa", No. 106 del viernes 03 de septiembre de 2004

Capítulo IV: Nutrición, Art. 35, 36, 37; se promueve el consumo de alimentos de producción regional, normar los programas de actividades de educación en materia de educación encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados.

Capítulo II de las enfermedades no transmisibles, en sus artículos 69, 70, menciona que se realizarán detecciones de manera preventiva, que se divulgarán las medidas higiénicas así como la prevención y su tratamiento a la población atendida.

Capítulo XIX de los gimnasios en sus artículos 259 Bis, Bis1, Bis2, Bis3, Bis3, se refiere a que todo gimnasio deberá exigir un certificado médico que deberá incluir que tipo de actividad física puede realizar a quien se lo expidieron, que los instructores deberán estar certificados por la estancia correspondiente, así como la prohibición de la venta de medicamentos, sustancias anabólicas, esteroideas, bebidas alcohólicas.

Ley de educación para el estado de Sinaloa.

Art. 14, capítulo tercero de la promoción de la salud, en el artículo 12, menciona que en los planteles de educación básica se implementarán programas y acciones encaminados a promover estilos de vida saludables, que deberán involucrar a directivos, alumnos, profesores y padres de familia; artículo 13.- los programas de fomento y promoción de la salud deberán enfatizar temas como la prevención, el autocuidado, los buenos hábitos alimenticios, la higiene, el combate a la adicciones, la práctica del deporte, el cuidado del medio ambiente, la educación sexual, la prevención de accidentes, la seguridad y cultura de la protección civil.

Capítulo cuarto de la educación física. En el artículo 18 menciona que es una prioridad el fomento a la educación física, como disciplina, al igual que en el artículo 19, menciona que su práctica se regirá por criterios científicos y con el apoyo de especialistas en la materia. En el artículo 20 se promoverá el hábito de la ejercitación física diaria, artículo 21 refiere a cerca de los horarios y espacios adecuados.

Capítulo sexto de la venta de alimentos con valor nutricional, artículo 24 describe que la venta de alimentos con valor nutricional a nivel básico, fomento a la salud del escolar.

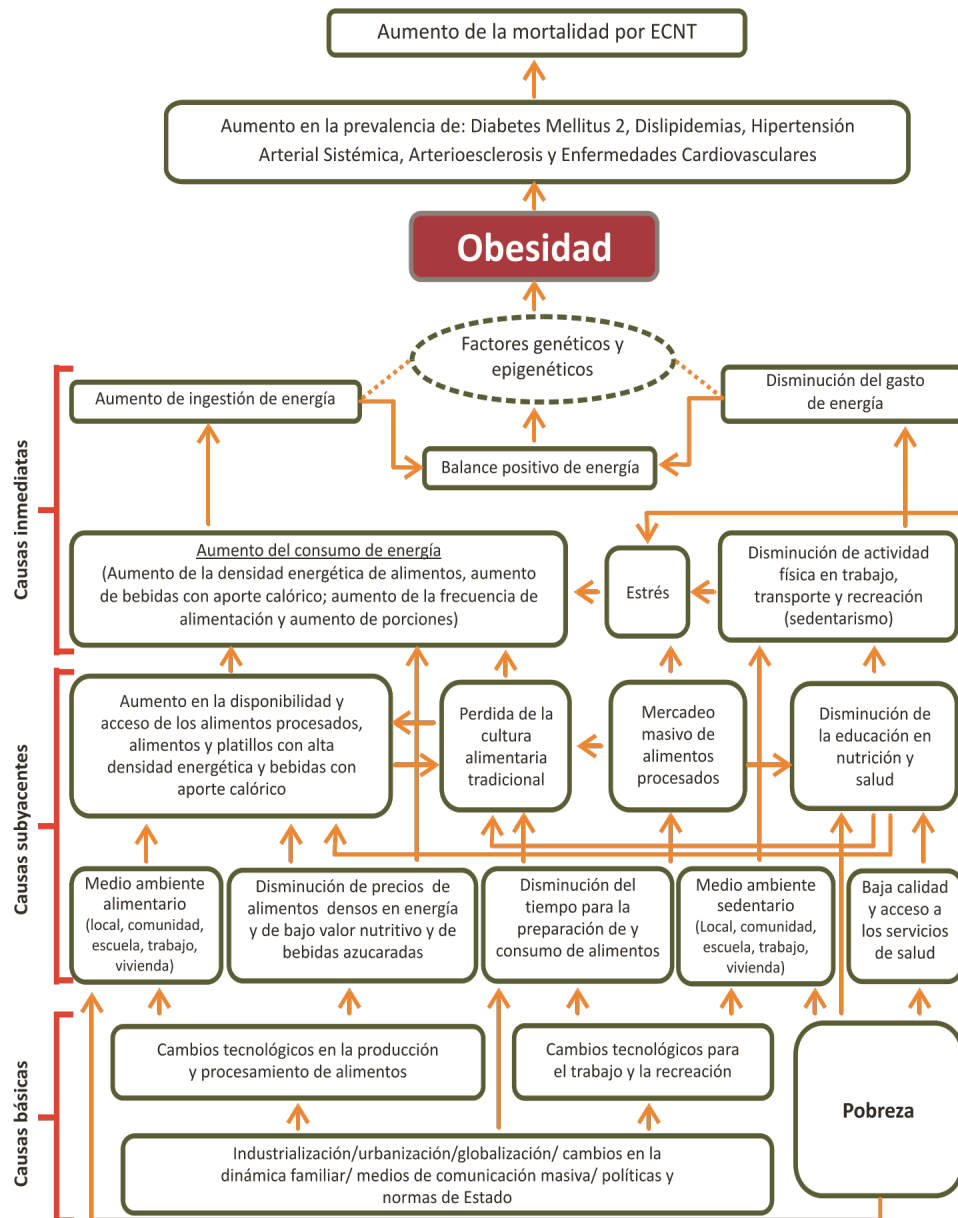
Capítulo séptimo de las unidades de consumo escolar, artículo 26 deberá observar estrictas normas de higiene y solo se comercializarán en ellas los alimentos que tengan valor nutricional.

Marco Conceptual

La obesidad es el principal factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, las dos principales causas de mortalidad general en México⁴⁴.

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

Para ello se expone a continuación el marco que sustentará la Estrategia.



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

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

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

Debemos partir de que las causas básicas juegan un papel fundamental para la complejidad de esta problemática, por ejemplo: la pobreza trae consigo un menor acceso a los servicios de salud, una menor orientación educativa acerca de una alimentación, salud adecuada y 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 obesidad³¹.

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.

³¹Juan Ángel Rivera Dommarco, M. H. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado (Primera ed.). México: UNAM

■

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, entre otros, es decir, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, a la par que los sistemas de salud de las entidades federativas para impulsar una Estrategia Nacional de contundentes alcances.

Planteamiento

El desarrollo del estado puede estar comprometido debido a las problemáticas que implican el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. De la misma manera es claro que estos son temas que no sólo incumben al sector salud de Sinaloa, por el contrario, tienen repercusiones en diversos estratos del gobierno, de la sociedad y de la iniciativa privada. Lo que es todavía más alarmante es que esta situación genera costos económicos y sociales que afectan en mayor medida a los grupos más desprotegidos y en condiciones de desventaja, ya sea por su ubicación geográfica en el estado o nivel socioeconómico en general.

Indudablemente los padecimientos crónicos relacionados con la obesidad pueden afectar de manera directa e indirecta los avances obtenidos en el desarrollo económico y social del estado.

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

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

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

- Promoción de la salud: acciones para el desarrollo de aptitudes y competencias personales para la salud en relación con la promoción de alimentación correcta, desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos), impulso de políticas públicas saludables.
- Prevención de enfermedades: acciones para la detección temprana de enfermedades no transmisibles, así como un sistema de monitoreo que proporcione información sanitaria y reúna periódicamente datos sobre los factores de riesgo.
- Atención médica: para que la atención de los servicios de salud tenga mayor eficacia será necesario fortalecer la capacitación a los recursos humanos; por tal razón, entre las acciones a seguir se encuentra el incorporar la prevención y control de enfermedades no transmisibles en la formación de todo el personal sanitario, con inclusión de agentes sanitarios de las comunidades y agentes sociales, sean o no profesionales (nivel técnico y/o medio), poniendo el acento en la atención primaria de salud.
- Regulación sanitaria y política fiscal: acciones de vigilancia focalizada en alimentos y bebidas; así como en la publicidad que de estos productos se realice en los medios masivos de comunicación. Concretamente, se busca la verificación de un etiquetado frontal claro que ofrezca información útil para que el consumidor y que tenga elementos suficientes para tomar decisiones respecto a su consumo calórico.

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

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

El planteamiento está compuesto por cuatro premisas:

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

Ejes rectores

Investigación y evidencia científica

El desarrollo pleno del país tiene necesariamente que apoyarse en el desarrollo científico y el fomento a la investigación. Puesto que “para lograr la prevención y control de la obesidad y sus comorbilidades en un plazo razonablemente corto, es fundamental apoyar la investigación científica, particularmente aquella dirigida al esclarecimiento de los factores de la dieta que aumenten el riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas”³².

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

Corresponsabilidad

La responsabilidad colectiva es determinante particularmente en grupos poblacionales que han experimentado cambios rápidos en oferta y acceso de alimentos, estilos de vida e ingreso, ya que la adaptación a nuevos entornos requiere un proceso de adecuación a las nuevas

³² Rivera Dommarco, Juan Ángel, et. al. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. Pág. 27.

condiciones, aunado a esto, una gran parte de las respuestas a retos de salud se transmiten de generación en generación.

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

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

La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna a las necesidades o problemas que enfrenta un grupo de personas. En este sentido, se estaría hablando de una corresponsabilidad que tiene que ver con la delimitación y articulación del desempeño de cada uno de los integrantes del grupo para asumir, en consecuencia, las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud³³.

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 salud³⁴.

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.

³³ Aguirre Huacuja, E. La Corresponsabilidad Operativa en la Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México 1994; 36:210-213.

³⁴ Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.

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, 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”³⁵.

³⁵ Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo, Pág. 23.

Objetivos

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

1. Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.
2. Establecer las bases para la coordinación intersectorial en la suma de los esfuerzos para la prevención y control del sobrepeso la obesidad y la diabetes en el estado de Sinaloa.
3. Detectar oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo.
4. Generar una plataforma que permita contar con recursos humanos capacitados e insumos suficientes para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud.
5. Incrementar el número de pacientes en control metabólico con diabetes mellitus tipo 2.
6. Desarrollar acciones educativas para fortalecer el autocuidado en la población mediante competencias en salud.

Visión 2018

- Reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por diabetes.
- Reducción relativa de la prevalencia de inactividad física.
- Detención en el aumento del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.
- Aumento en el control de pacientes diabéticos.
- Fortalecimiento del autocuidado de la población, mediante el desarrollo de competencias en salud.

Pilares y Ejes estratégicos

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

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



Pilares de la Estrategia Estatal.

Pilares	Descripción del Pilar	Ejes Estratégicos
Salud Pública	Busca preservar la salud a nivel individual de la población a través de la promoción de estilos de vida saludables, campañas de educación, así como el monitoreo del comportamiento de las enfermedades no trasmisibles 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 Educativa. • 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 consideren 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 de los diferentes servicios que brindan las unidades de salud.</p> <p>Capacitar a los recursos humanos en salud en lo referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso efectivo a los servicios de salud. • Calidad en servicios de salud. • Mejora de las competencias y capacidad resolutoria del personal de salud. • Infraestructura y tecnología. • Abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio. • Monitoreo de la cadena de suministro.
Regulación Sanitaria y política fiscal	Establecer respuesta efectiva ante el panorama de las enfermedades no transmisibles, a través de la regulación del etiquetado y la publicación de alimentos y bebidas, de manera particular la dirigida al público infantil, además	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación Sistemática del cumplimiento de las reformas en materia de publicidad de alimentos y bebidas. • Verificación Sistemática del cumplimiento de las reformas en materia de etiquetado de alimentos y bebidas.

1. Salud Pública

1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles (ECNT)

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

A partir del sistema de vigilancia epidemiológica actual se establecerá una red de información a manera de Observatorio que procesará periódicamente información y emitirá informes de variables e indicadores relacionados con las enfermedades no transmisibles. El sistema contará con información municipal, jurisdiccional y estatal, la información nacional dependerá de cuando la misma este disponible. Se coordinará y trabajará con los consejos estatales que estén establecidos en su momento. Podrá identificar experiencias exitosas y divulgarlas en la misma red para su posible expansión, así mismo, sus integrantes deberán contar con aval académico de capacidad técnica y tecnológica.

- Establecer los mecanismos necesarios y preparar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad en el estado.
- Establecer la Red Sinaloense de Información para Enfermedades No Transmisibles (RESIENT) a manera de Observatorio estatal para captar, analizar, notificar y difundir periódicamente información.
- Emitir el Boletín Epidemiológico de variables (tiempo, lugar y persona) e indicadores relacionados con las enfermedades no transmisibles, previamente establecidos en el estado.
- Contar con información desagregada desde las unidades de salud hasta el nivel estatal.
- Trabajar en coordinación con el consejo el Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas.
- Fortalecer los sistemas estatales de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, sobrepeso y obesidad.
- Fortalecer la infraestructura tecnológica y su utilización para la medición de las variables.
- En coordinación con Nivel Nacional generar una plataforma tecnológica para montar el observatorio.
- Capacitar al personal operativo de la plataforma.

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

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

- Elaboración del boletín mensual de información sobre ECNT con los contenidos de información relacionados con las enfermedades no transmisibles.
- Diferenciar los usuarios y las variables de información de utilidad.
- Realizar reuniones mensuales de análisis de la información con el grupo de trabajo de la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, para orientar, implementar y dirigir las acciones en la misma.
- Establecimiento de canales de comunicación tanto electrónicos como impresos de difusión interna y difusión masiva de contenidos previamente analizados por el grupo de trabajo de la estrategia estatal.
- Conteo de decisiones efectivas tomadas con base en los boletines y demás mensajes informativos epidemiológicos de las ECNT con el objetivo de monitorear y evaluar la difusión, el uso y relevancia de la información generada y los resultados obtenidos.

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

- Todas las unidades de primero y segundo nivel deberán reportar las acciones y los resultados obtenidos para que las jurisdicciones sanitarias evalúen los indicadores propuestos para los componentes de la Estrategia en su conjunto.
- Generar reportes estadísticos a partir de una base de datos con resultados de la atención a los usuarios con enfermedades no transmisibles tomando en consideración los sistemas de información antropométricos y clínicos de cada unidad.
- Emisión de resultados considerando el desempeño y el impacto de la Estrategia.

1.2 Promoción de la salud

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

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

- Fomentar de la alimentación correcta en la población. Implementación del Programa México Sano (PROMESA) en coordinación con la Comisión Estatal para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COEPRIS) y apoyados por el departamento de Promoción de la Salud en restaurantes, comedores en sitios de trabajo, comedores escolares y empresas o instituciones.
- Impulsar por la eliminación de publicidad de alimentos no nutritivos.

Acuerdos de vinculación y convenios con la participación de la academia, iniciativa privada y sectores de gobierno para la eliminación de la publicidad de alimentos de alta densidad energética al público infantil, fomentar acciones correspondientes a la estrategia, mediante el Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil.

Construir un acuerdo de la aplicación del código PABI en Sinaloa, que involucre empresas, sociedad civil, medios de comunicación, empresas, sociedad civil, medios de comunicación y empresas publicitarias.

Elaborar una iniciativa de ley en Sinaloa para la regulación de promoción y publicidad de alimentos No nutritivos, tomar el código PABI como referente de un proyecto de regulación considerando que actualmente el código PABI, al ser Auto-Regulación no obliga mediante una ley sanitaria el cumplimiento del mismo, así como carece de sanciones debidas a su incumplimiento.

Eliminar la publicidad de alimentos No Nutritivos en planteles escolares y en sus alrededores.

- Incentivar la eliminación gradual del azúcar, sodio, y grasas saturadas en alimentos.

Acuerdo con la industria restaurantera para retirar los saleros en las mesas de los establecimientos de alimentos y bebidas.

Generación de material educativo para restaurantes, comensales y población, que incentive la eliminación gradual del azúcar, sodio y grasas saturadas en alimentos.

Recomendar la moderación en el consumo de alimentos de origen animal por su alto contenido de colesterol y de grasas saturada, excepto pescado, aves como pavo, pollo sin piel, carne magra, y leche semidescremada o descremada.

Diseñar incentivos para la reducción de las porciones que se ofertan en alimentos industrializados y en restaurantes.

Generar un acuerdo con la Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos para la promoción de la alimentación correcta en los establecimientos de consumo de alimentos y bebidas en beneficio de los consumidores.

Entregado un reconocimiento que hará alusión que este restaurante o establecimiento ha sido acreditado en PROMESA, el cual deberá ser colocado a la vista del público.

Entrega de materiales complementarios tales como: centros de mesa con el plato del bien comer, recomendaciones para una alimentación correcta, un salero virtual y las calcomanías SANOPAL (holograma del programa), que serán colocada en las cartas, sobre los platillos seleccionados por el programa, para que el consumidor pueda identificarlo como un platillo saludable.

Con el objetivo de mantener informada a la población sobre los beneficios de llevar una alimentación balanceada, así como promover hábitos alimenticios saludables, se desarrollara una campaña con 5 medios para la difusión:

Reconocimiento para el acceso principal de los restaurantes que hayan implementado el PROMESA.

- Salero virtual.
- Manteleta. (Opcional)
- Centros de mesa.
- Calcomanía SANOPAL.

Los contenidos de estos medios enfatizan cuatro líneas de comunicación educativa:

- Identificar el plato del bien comer.
- Elegir una dieta correcta.
- Moderar el consumo de sal.
- Consumo de agua simple potable.

Implementar medidas de acción en empresas públicas y privadas que soliciten asesoría nutricional para los empleados y se realizarán las siguientes acciones:

- Toma de medidas antropométricas y presión arterial a los empleados.
- Realización de historiales clínicos.
- Menús individualizados a quien lo solicite asesoría nutricional.
- Seguimiento nutricional.

- Cursos y talleres de nutrición en diferentes etapas de la vida para los empleados.
- Elaboración de menús semanales.

Seguimiento y Fomento Sanitario mediante acciones de supervisión y evaluación por parte del personal de COEPRIS debiendo informar semestralmente al coordinador estatal de la estrategia.

Reforzar el manejo de medios alternativos, con el objetivo de llegar a la mayor cantidad de población posible se realizara la emisión de boletines de prensa, entrevistas en prensa, radio y televisión, menciones en programas de mayor rating y conferencias que promuevan las ventajas competitivas para los restaurantes que se integren a la estrategia y los beneficios a la población de llevar una dieta sana y equilibrada.

Publicaciones en las redes sociales oficiales de PROMESA, Promoción de la Salud y de la COEPRIS.

- Incentivar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.

Eventos masivos vinculados en materia de Lactancia Materna Exclusiva para promover la importancia y los beneficios de esta tanto al niño como a la madre.

Acuerdos para sensibilizar, así como informar a los miembros de los centros laborales de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y a su vez el cumplimiento del artículo 238 del código sustantivo del trabajo donde establece que: El patrono está en la obligación de conceder a la trabajadora dos descansos, de treinta (30) minutos cada uno, dentro de la jornada, para amamantar a su hijo, sin descuento alguno en el salario por dicho concepto, durante los primeros (6) meses de edad.

Promover la creación de un espacio en cada centro laboral, equipado con las necesidades para las madres lactando, ya sea para que se ordeñen la leche y la almacenen en un refrigerador o para que amamante a su hijo en ese mismo espacio.

Promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes de forma exclusiva. A partir de esta edad, además de iniciar la alimentación complementaria continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad. Explicar que la lactancia materna exclusiva implica que no es necesario dar otro líquido, incluso agua. Promover la ventaja de la lactancia materna frente a sucedáneos de leche, así como hacer énfasis en los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación.

En base al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, en el cual se promueve eliminar los suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos y limitar el acceso de promotores de estos productos en los servicios de salud. Se propone el no permitir ningún tipo de promoción de

sucedáneos de la leche materna hacia los pacientes ambulatorios ni internados. Tampoco facilitar al personal de salud muestras de alimentos o leches artificiales para lactantes, o de otros productos comprendidos en el Código, salvo cuando sea necesario con fines de *investigación institucional*. Dichas investigaciones deben ser protocolizadas y aprobadas por el Comité de Docencia e Investigación y/o las autoridades del establecimiento respetando el derecho de los pacientes al consentimiento informado.

Acreditación para los centros laborales que estén respetando estos descansos para amamantar y promuevan la lactancia materna.

- Desarrollar acciones que promuevan la disponibilidad de agua potable en escuelas, sitios de trabajo y espacios públicos.

Promover la disponibilidad de agua potable en escuelas, sitios de trabajo y espacios públicos a través de Gestionar y consolidar acuerdos con Comisión Estatal de Agua Potable y Alcantarillado del estado de Sinaloa a través de la Secretaria de Desarrollo Social y Humano (SEDESHU) para crear y rehabilitar accesos de agua simple potable ya sean bebederos de agua o garrafones de agua, en los planteles escolares principalmente nivel básico y nivel medio superior y sitios de trabajo. Recomendar el consumo de agua simple potable como fuente principal de hidratación.

Gestionar y consolidar acuerdos con a través de SEDESHU para la instalación de bebederos de agua simple potable en parques públicos o espacios públicos.

Orientar a la población a través de Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable mediante la realización de campañas de comunicación educativa y eventos de difusión masiva.

- Incrementar el consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.

A través de campañas masivas de difusión incentivar el consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.

Promover el consumo de verduras y frutas regionales de la estación, en lo posible crudas y con cascara, ya que incorporadas a la alimentación diaria ayuda a reducir la densidad energética de la dieta, y además son fuente de carotenos, vitamina A y C, de ácido fólico y de fibra dietética y dan color y textura a los platillos, así como otras vitaminas y nutrimentos inorgánicos. Promover la recuperación del consumo de la amplia variedad de frijoles y la diversificación con otras leguminosas: lentejas, habas, garbanzos y alubias por su contenido de fibra y proteínas y destacar la importancia de combinar cereales con leguminosas para mejorar la calidad de las proteínas y el índice glucémico. Recomendar el consumo de cereales, de preferencia de grano entero

y sus derivados integrales sin azúcar adicionada y tubérculos. Se destacará su aporte de fibra dietética y energía.

- Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una alimentación correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.

Capacitación sobre una alimentación correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.

Realizar una capacitación sobre una alimentación correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud para identificar las principales características que estos presentan de acuerdo con los diferentes nutrientes, así como el impacto que tienen sobre la salud, dirigida al personal de salud para que a su vez estos implementen sesiones informativas en los diferentes niveles educativos, principalmente en nivel básico y nivel medio superior y sitios de trabajo.

- Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos y hacer accesibles la disposición de alimentos procesados que se lo permitan.

A través de publicidad con información del etiquetado de alimentos, acerca de la lectura correcta del etiquetado, en cuanto a porciones e información nutrimental.

Gramaje de platillos instrumentado a través de licenciados en gastronomía encargados de acudir al establecimiento con la finalidad de pesar todos los ingredientes de los platillos que han sido seleccionados o que se creen pueden cumplir con los requisitos del programa.

Realizar evaluación cualitativa y cuantitativa de los menús proporcionado por el establecimiento con la finalidad de tener como resultado un diagnóstico nutricional de los platillos, en el cual se realizara el cálculo de calorías, proteínas, lípidos e hidratos de carbono, los platillos seleccionados para la evaluación que se lleva a cabo por gastrónomos y nutriólogos, deben contener todos los grupos de alimentos, teniendo estos un equilibrio y adecuada combinación, dichas recomendaciones son basadas en el plato del bien comer. Al igual que se sugerirán técnicas alternativas de preparación de los alimentos.

- Desarrollar apoyos directos a productores locales para la producción de verduras y frutas, o alimentos propios de la cultura alimentaria tradicional (como lo son los granos enteros).

En vinculación con la Secretaria de Agricultura Ganadería y Pesca y en coordinación con el Gobierno del Estado de Sinaloa promover iniciativas para el desarrollo de apoyos directos a productores locales para la producción de verduras y frutas, o alimentos propios de la cultura alimentaria tradicional.

- Promover huertos escolares y familiares de traspatio (Horticultura urbana).

A través del programa Escuela y Salud Promover El Huerto Escolar: (incluyendo en este término no sólo actividades de huerto, sino también de jardinería, vivero de árboles, parque botánico, etc.) que es un excelente recurso para convertir los centros educativos en lugares que posibiliten a un alumnado mayoritariamente urbano, múltiples experiencias acerca de su entorno natural y rural, entender las relaciones y dependencias que tenemos con él, y poner en práctica actitudes y hábitos de cuidado y responsabilidad medioambiental; experiencias interesantes para el desarrollo de las capacidades fundamentales en Educación Ambiental.

Promover la alimentación correcta proporcionando selectivamente alimentos para comidas ordinarias o complementos de comidas y, a través de ello, mejorar la asistencia de los alumnos a las escuelas y su aprendizaje. Mejorar el aspecto estético de la institución y contribuir a que sus miembros se sientan orgullosos de ella. Sirven como laboratorios para la enseñanza de la agricultura, ciencias y nutrición.

Capacitación en educación básica y sitios de trabajo para crear los huertos de traspatio. Utilizar los jardines de la escuela como instrumento para concientizar a los alumnos sobre el origen de los alimentos.

El huerto escolar no debería ser considerado como una fuente de alimentos, rentas o ingresos, sino como un medio para mejorar la nutrición y la educación.

Las escuelas deberán desarrollar proyectos de huertos que promueva la información acerca del mismo como son los pasos para la construcción, materiales necesarios para realizarlo, beneficios, tipos de huertos, etc.

El huerto debe tener un tamaño mediano que puedan ser manejados por los mismos escolares, profesores y padres, ya que, el objetivo del mismo es fomentar una interacción de la comunidad puesto que esta actividad les puede servir como una herramienta para mejorar la economía de la comunidad.

El huerto debe incluir una variedad de hortalizas y frutas nutritivas, y ocasionalmente también pequeños animales de granja, como gallinas y conejos. Los métodos de producción son sencillos y de este modo los escolares y sus padres pueden reproducirlos fácilmente en sus hogares.

Los escolares aprenden a sembrar, cuidar, cultivar, cosechar y preparar productos nutritivos de estación en el marco educativo del aula, el huerto, la cocina, el comedor de la escuela y sus propias casas.

El vínculo con el huerto familiar refuerza el concepto integración y abre el camino para el intercambio de conocimientos y experiencias entre la escuela y la comunidad.

Realizar esfuerzos conjuntos y significativos con la Secretaria de Educación pública y Cultura del Estado, y a intercambiar experiencias, ideas y materiales de enseñanza que apoyen la construcción huertos escolares en las instituciones, ya

que, el mismo es una herramienta que nos ayuda crear valores como el cuidado del ambiente, la responsabilidad, además que se convierte en un instrumento de aprendizaje para explicar las partes de las plantas su proceso del crecimiento y podremos lograr que los niños consuman frutas y hortalizas.

- Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo.

Instrumentar las acciones del Programa México Sano (PROMESA) en coordinación con COEPRIS y apoyados por Promoción de la Salud, cámaras empresariales y la Secretaria del Trabajo del Estado de Sinaloa en restaurantes, comedores en sitios de trabajo, comedores escolares y empresas o instituciones del sector privado. Capacitar a las empresas que cuenten con comedores industriales, que incluyan alimentos de los tres grupos del plato del bien comer y que utilicen el tamaño de las raciones recomendadas de acuerdo a las necesidades de cada trabajador. Recomendar que usen aceites vegetales en lugar de grasas de origen animal (manteca de cerdo y mantequilla).

- Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable.

Realizar la campaña “Chécate, Mídete, Muévete”

Visitando a centros de trabajo y a instituciones educativas para incentivar a trabajadores y alumnos a activarse físicamente durante algunos minutos al día de acuerdo a su edad y sus condiciones físicas y de salud, para combatir el estrés, el sedentarismo y por consiguiente la obesidad, entre otros beneficios. Capacitar a un representante de la activación física en los centros de trabajo o instituciones educativas para que realice diariamente la rutina “muévete”.

Promover en medios masivos de comunicación y redes sociales el Plato del Bien Comer.

Eventos en espacios públicos.

Prohibir la venta de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares, grasas y sal en las unidades médicas del sector salud.

Crear un pacto dentro de los servicios de salud y demás dependencias de gobierno para la prevención y control del sobre peso la obesidad y la diabetes que incluya la prohibición de la venta de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares, grasas y sal en las oficinas y unidades médicas del sector salud y retirar máquinas expendedoras de alimentos no nutritivos en todo el Sector Salud.

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

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

- Estimular a las autoridades municipales para la creación de espacios públicos seguros destinados a la activación física.

Gestionar ante las autoridades municipales la igualdad de equipamiento de los Centros de Barrio en las diferentes ramas deportivas fortalecido por la red de municipios por la salud y el Programa de Alimentación y Activación Física de la Secretaria de Salud.

Módulos de atención con personal medico capacitado para la prescripción de actividad física y deporte en las unidades deportivas y Centros de Barrio de los municipios así como lugares más concurridos de las ciudades y ferias de la salud municipales con el apoyo del Programa de Alimentación y Activación Física.

Promoción del uso de la bicicleta, vehículos de propulsión de alquiler, crear rutas a destinos habituales, garantizar la seguridad en este sentido a los usuarios.

Incorporar señalización de los diferentes recorridos urbanos, como número de pasos, duración, nivel de dificultad, gasto calórico.

- Promover la creación de instancias administrativas que gestionen la actividad física a nivel local.

Estimular a las autoridades estatales y municipales del deporte para la conformación de la subdirección del deporte popular, con el fin de promover la actividad física y deporte con un enfoque masivo, recreativo y formativo por encima de lo competitivo.

Incorporar una acreditación por parte del Instituto Sinaloense de Deporte de lugares como adecuados para la actividad física.

- Promocionar la actividad física en las familias, escuelas, sitios de trabajo y ciudades.

Impulsar en coordinación con la Secretaria de Educación Publica y Cultura del Estado, el Instituto Sinaloense del Deporte, cámaras empresariales, institutos municipales del deporte, universidades, ONG's y población en general el programa "Sinaloa Saludable".

Promover la actividad física en todos los entornos con prioridad en escuelas de educación básica.

Promover e instrumentar programa de concientización a los padres de familia

sobre consecuencias de estilo de vida sedentario.

Fortalecer el programa de alimentos saludables en las escuelas de educación básica mediante actividades de arte.

Fortalecer el programa de Centros del Deporte Escolar para la práctica de actividad física.

Establecer la obligatoriedad en los alumnos de realizar actividad física como mínimo una hora diaria.

Establecer una Cartilla de Actividad Física (CAF) escolar para crear la cultura de la salud.

Capacitar a los profesores sobre estrategias de enseñanza sobre activación física.

Establecer 2 horas semana/mes como mínimo de la asignatura de Educación Física en las escuelas de educación básica.

Promover la realización de mínimo 60 minutos obligatorio la práctica de un deporte en educación media superior y superior.

Establecer convenios con instituciones relacionadas para la adquisición de material didáctico para la implementación de SINALOA SALUDABLE.

Fortalecer la coordinación intersectorial SEPyC-SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA para la seguridad de los actores durante la práctica de la actividad física.

Establecer convenios con SEDESOL y demás instituciones correspondientes para la rehabilitación de espacios dignos para la práctica de la actividad física en sitios de trabajo y comunidad.

Participación en programas matutinos, vespertinos de radio, televisión así como elaboración de espectaculares para promoción de estilos de vida saludables.

- Establecer alianzas con organizaciones civiles y asociaciones deportivas para coordinar eventos que fomenten la actividad física.

Establecer por medio del departamento del deporte popular en del Instituto Sinaloense del Deporte (ISDE), alianzas con las asociaciones deportivas estatales y municipales para coordinar torneos y competencias de convivencia que fomenten la actividad física recreativa y el deporte popular en las familias.

Realizar alianza con la organización ecologista “La Ola Verde” para la realización de eventos que estimulen la actividad Física y el deporte con un enfoque Ecológico.

- Incorporar a la Secretaría de Educación Pública, así como a la Comisión Nacional del Deporte para implementar acciones de evaluación del estado físico de los educandos.

Formar a través de la Dirección de educación física de la SEP y CONADE e ISDE recursos humanos para la evaluación del estado físico de los educandos aprovechando el Registro de Salud Escolar RASE y la promoción de la actividad física en todos los entornos con prioridad en escuelas de educación básica.

- Realizar una evaluación basal del estado físico de los alumnos de educación básica, considerando factores como el Índice de Masa Corporal (IMC) y condiciones general del estado físico con el fin de suministrarles rutinas de ejercicio adecuadas a sus condiciones de salud.

Fortalecimiento del programa “Registro de Salud Escolar” RESE que permite conocer las condiciones de la población escolar inscritos en planteles de educación básica. El insumo de este programa es el peso y talla o estatura del alumno, información que es captada y registrada en la plataforma electrónica de la Secretaría de Educación Pública y Cultura de Sinaloa por personal capacitado, lo que permite calcular el bajo peso, sobrepeso y obesidad de los educandos.

- Diversificar los espacios promotores de actividad física seguros (plazas públicas, centros comerciales, lugares de ocio y esparcimiento).

Ciclovía: rutas por los diferentes destinos de la ciudad, brindar seguridad, puntos de atención (refrigerios, atención informativa, emergencias, aparcamiento de bicicletas).

Gestionar con los empresarios y cámaras empresariales la utilización de espacios públicos, estacionamientos de plazas comerciales en horas adecuadas para realizar actividades físicas y en cada colonia un espacio en coordinación con las direcciones del deporte municipal.

- Implementar el programa “11 jugadas para la salud”, en coordinación con la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Educación Pública, la Federación Internacional de Fútbol, Asociación (FIFA), la F-MARC (FIFA Medical Assessment and Research Center), la Federación Mexicana de Fútbol (FEMEXFUT). El objetivo del proyecto es contribuir a la salud y bienestar de la población estudiantil, con énfasis en población vulnerable, como adolescentes con discapacidad (visual, auditiva, motora y mental), trastornos de déficit de atención e hiperactividad, con trastornos de la alimentación y población indígena, a través de la cultura de cuidado y promoción de la salud escolar y de la actividad física (fútbol), en los jóvenes de las secundarias públicas, En coordinación con la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Educación Pública y Cultura, Instituto Sinaloense del Deporte y la Asociación de Fútbol del Estado de Sinaloa y la Federación Mexicana de Fútbol (FEMEXFUT).

Comunicación educativa

Existen comportamientos en la población que, para que se cambien o se abandonen, requieren de una acción social adecuada. Muchas veces estos fenómenos afectan segmentos específicos de la sociedad que son particularmente vulnerables. Las soluciones que se proponen se deben de reflejar en el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias de este grupo de personas para el beneficio de los individuos y de toda la sociedad. Para diseñar, implementar y controlar los programas que tienen como objetivo incrementar la aceptación de una idea o práctica se usan los métodos de la mercadotecnia social. Por ello, se “debe considerar la necesidad de generar programas efectivos de comunicación educativa para difundir los mensajes informativos y fomentar la adopción de una alimentación saludable”³⁶.

- Llevar a cabo una campaña masiva en contra de la obesidad mediante mensajes positivos.

Definir la información que se quiere transmitir: Se tomara en cuenta la base de datos de las áreas de epidemiología y atención médica (*Prevención) para elaborar la información que se manejará en los mensajes.

Elaborar mensajes positivos: los mensajes deben ser de carácter positivo tomando en cuenta el enfoque de la obesidad de manera responsable sin llegar a la estigmatización que puede generar efectos de baja autoestima en el involucrado.

Establecer los canales necesarios para difusión de mensajes:

Radiodifusoras, cadenas de televisión, prensa, medios electrónicos, redes sociales, impresos, voceo, revistas, pláticas, retos o concursos, convocatorias, entre otros.

Pactar convenios con las partes involucradas:

Establecer compromisos para diversificar los canales para la distribución y difusión de los mensajes con:

Empresas (supermercados, departamentales, hospitales privados, tiendas de conveniencia, entre otras)

Instituciones gubernamentales (ejemplo: SEPyC, SEDECO, entre otras)

Asociaciones civiles

Consejos estatales

Instituciones educativas públicas y privadas

- Generar manuales de procedimientos, materiales educativos, cursos en línea para profesionales de la salud, distribución de las guías internacionales y la norma nacional en unidades de primer contacto y hospitales de segundo nivel.

Establecer coordinación con la dirección de enseñanza, el grupo de expertos en nutrición y médicos del deporte la revisión de los contenidos que serán utilizados

³⁶ Rivera Dommarco, Juan Ángel, et. al. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. Pág. 26.

en cursos, talleres, diplomados, así como el contenido de los manuales para que coincidan y estén acordes con en las guías internacionales y la normas nacionales.

- Establecer un grupo asesor de expertos en nutrición, promoción de la salud y salud pública para apoyar las campañas de comunicación educativa.

Convocar a las diferentes Instituciones de Salud del sector público y privado, grupos de profesionistas, asociaciones civiles, instituciones educativas, académicas y científicas para conformar un comité de medicina deportiva, nutrición y salud pública del estado.

- Establecer el uso de la mercadotecnia social para el desarrollo de campañas orientadas al manejo de determinantes del sobrepeso y la obesidad.

Formar consumidores informados capaces de interpretar las características nutricionales de los productos que adquieren.

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

Una comunidad empoderada es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican las habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades en salud³⁷. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud.

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

Estimular en coordinación con la dirección de enseñanza la creación de diplomados o cursos de especialidad en medicina deportiva con enfoque en prevención y control de la obesidad y el sobrepeso y ECNT.

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

Formar la Red Estatal de Educadores en Sobrepeso Obesidad y Diabetes (REESOD) capacitado específicamente para fortalecer las acciones de autocuidado, mediante el uso de la comunicación educativa y participativa y estrategias de enseñanza innovadoras.

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

Realizar un censo y registro de los educadores de los educadores en La Red Estatal REESOD

³⁷ OMS, Promoción de la Salud. Glosario, 1998 en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

- Formar comités comunitarios que coordinen de manera formal las actividades de la Estrategia en sus comunidades.

A través de la red de Municipio por la Salud, y las diferentes Direcciones de Salud Municipal, impulsar la formación de comités comunitarios dentro de los Comités Municipales de Salud, para que coordinen de manera formal las actividades de la estrategia en sus comunidades.

- Fortalecer la implementación de acciones de la Estrategia a través de la vinculación con ONG's.

Estimular la realización de convenios y acuerdos con las ONG's para que se incorporen en la implantación de la estrategia a nivel Local, Municipal y Estatal.

1.3 Prevención

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

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

- Establecer la estrategia única de prevención de enfermedades que consideren el autocuidado y el esquema de participación social.

Promover la formación monitores para el desarrollo de grupos de ayuda mutua de sobre peso obesidad y enfermedades crónicas en las comunidades y centros laborales que ayuden al control de estos padecimientos.

Realizar talleres de capacitación para la comunidad y para los grupos dentro de las empresas sobre diversos temas de nutrición: Alimentación correcta con el apoyo de réplicas de alimentos, lectura de etiquetas, contenido nutricional de bebidas, entre otros.

La información y datos que generen los grupos de ayuda mutua se recopilan y se suben al Sistema de vigilancia y estudio de grupos de ayuda mutua SIVEGAM.

Acciones para cumplimiento del ANSA

Gestoría para cumplimiento de los objetivos del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria tales como: aumento en el recurso humano mediante el servicio social de las carreras de nutrición y educación física de diferentes universidades, capacitación al personal de salud con el apoyo "Excercise is Medicine" para la prescripción del ejercicio individualizado.

Prevención mediante la orientación nutricional y el ejercicio físico que se lleva a cabo en escuelas primarias, empresas privadas, instituciones públicas y GAM's EC.

Monitoreo de procesos del ANSA tales como la revisión de la plataforma SIVEGAM y de los reportes en el formato de ANSA de los equipos que están en las jurisdicciones.

- Desarrollo de nuevos instrumentos que faciliten el autocuidado.
Elaboración de material que facilite la comunicación educativa en las sesiones de los grupos de ayuda mutua.
Desarrollo de la autoevaluación de percepción y conductas de los riesgos para la salud.

Implementación de las Gráficas (siluetas) de Autopercepción de sobrepeso y obesidad con diferentes constituciones corporales previamente calificadas cada una con un índice de masa corporal, para relacionar (IMC percibido vs IMC real).

Implementación de dinámicas grupales dirigidas a los pacientes donde se hace énfasis en la responsabilidad que importa el acto de recibir atención especializada para el control de las enfermedades crónicas, esto con el apoyo de personal de psicología.

- Desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias que inhiban la inercia clínica.
Desarrollo de protocolos de actuación que enfoque la prestación de los servicios hacia la responsabilidad implicada en el paciente, fortalecer la educación de los pacientes sobre las consecuencias positivas y negativas de sus decisiones y capacitar al personal para el manejo adecuado de herramientas que conduzcan al logro del ejercicio de la responsabilidad del paciente.

Dotar a las unidades de tecnología e insumos que permitan tamizajes en los entornos donde se desarrollan las personas. Estratificar la intensidad de las intervenciones acorde a las necesidades de los pacientes en las unidades donde reciben atención las personas con diabetes.

Establecer las pautas necesarias para el primer nivel y el resto de las unidades con el fin de dotarlas de tecnología e insumos que permitan tamizajes en los entornos donde se desarrollan las personas.

Desarrollo e implementación de una guía diagnóstica-terapéutica de manejo del paciente con diabetes mellitus apegada a los criterios de la norma oficial mexicana y en su caso seleccionar aquellos casos de acuerdo que ameriten su envío a las UNEMES EC y/o hospitales de segundo nivel apegados a los criterios de selección y referencia y contra-referencia.

El estado de Sinaloa será incluido en julio del 2014 en la estrategia nacional teniendo como unidad piloto la UNEME EC ubicada en la colonia Toledo Corro y cuatro centros de salud urbanos: CSU Culiacán, CSU Vicente Guerrero, CSU Lázaro Cárdenas y CSU PEMEX

Sistema de abasto oportuno de insumos para tamizajes.

Categorización de pacientes con diabetes según intensidad de las intervenciones acorde a sus necesidades en las unidades donde reciben atención.

Orientación del Sistema Nacional de Salud hacia la detección temprana

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

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

Implementación de esquemas proactivos de prevención y detección oportuna

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

- Preobesidad - De acuerdo con la OMS, las personas con un Índice de Masa Corporal entre 25 y 29.9 presentan preobesidad, siendo reconocido el término como parte de la clasificación oficial. En nuestro país, desde el 2000 la preobesidad ha sido reconocida como un problema de salud pública.
- Prediabetes - De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2, se considera prediabetes cuando “la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl.
- Prehipertensión - Se define como la presión arterial sistólica entre 130 y 139 mmHg, y la presión arterial diastólica de 85 a 89 mmHg.

Mediante un esquema proactivo de prevención con impacto a nivel nacional, el personal de las unidades de salud del primer nivel de atención incrementará el número de tamices a la población, para detectar a las personas con prediabetes y comenzar una intervención efectiva

que evite o retrase la aparición de la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2; asimismo, detectar a las personas que viven con una enfermedad no transmisible para comenzar un tratamiento desde sus etapas tempranas, y evitar o retrasar la aparición de las complicaciones asociadas. Por último, en los casos que así se requiera, la detección oportuna de una complicación para una atención en salud con calidad y, en su caso, referencia inmediata al segundo nivel de atención para su atención. En todos estos escenarios, se requiere que las personas reciban tratamientos personalizados acorde con su propio estado de salud y condición genética.

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

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

Se aprovechará la convergencia tecnológica, por lo cual las unidades de salud del primer nivel de atención contarán con un sistema de información en línea con las siguientes características: A través de una versión portátil del sistema de información, facilitará la operación del personal de salud en la comunidad y el hogar.

- Facilitará el seguimiento de la persona en el tiempo al garantizar la trazabilidad de cada una de las personas que sean tamizadas y detectadas con una enfermedad no transmisible, y con esquemas formales y efectivos de referencia a las unidades de salud y clínicas para el tratamiento preventivo.
- Posibilitará la coordinación efectiva entre las unidades de salud del primer nivel de atención.
- Permitirá medir la efectividad de la ampliación de la cobertura de los servicios mediante un tablero de control, y promoverá la toma de decisiones basada en evidencia.

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

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

- Desarrollo y aplicación de manuales de procedimientos que faciliten la operación de sesiones grupales en unidades de primer contacto. Capacitación al personal de salud y otras instancias ciudadanas para la detonación de los procesos.

En coordinación con la dirección de enseñanza capacitar al personal de salud y otras instancias ciudadanas para la detonación de los procesos.

- Concientizar a los usuarios sobre la carga y responsabilidad de la enfermedad en la sociedad.

Desarrollo de protocolos, manuales de procedimientos de actuación que enfoque la prestación de los servicios hacia la responsabilidad implicada en el paciente, ya que él hace uso de su libre albedrío tomando las decisiones que considera pertinentes sobre la adherencia a su tratamiento, y en muchos casos no asume las consecuencias de su conducta. Se considera la necesidad de fortalecer la educación de los pacientes sobre las consecuencias positivas y negativas de sus decisiones y capacitar al personal para el manejo adecuado de herramientas que conduzcan al logro del ejercicio de la responsabilidad del paciente.

Sesiones dirigidas a los pacientes donde se hace énfasis en la responsabilidad que importa el acto de recibir atención especializada para el control de las enfermedades crónicas. Esto con el apoyo de una psicóloga quien de manera voluntaria presta sus servicios una vez a la semana en la sala de espera de la unidad. Se espera contar con la contribución del psicólogo de la unidad para realizar trabajo conjunto en el desarrollo de una propuesta de protocolo de actuación.

-

Pilar de Salud Pública Sinaloa		
Eje estratégico	Estrategia	Acciones específicas
Vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles.	<p><i>1. Diseño, desarrollo e implantación de un sistema de información (Observatorio de las enfermedades no transmisibles) que monitoree el comportamiento de las enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias) así como el sobrepeso y la obesidad.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer los mecanismos necesarios y preparar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad en el estado. 2. Establecer la Red Sinaloense de Información para Enfermedades No Transmisibles (RESIENT) a manera de Observatorio estatal para captar, analizar, notificar y difundir periódicamente información. 3. Emitir el Boletín Epidemiológico de variables (tiempo, lugar y persona) e indicadores relacionados con las enfermedades no transmisibles, previamente establecidos en el estado. 4. Contar con información desagregada desde las unidades de salud hasta el nivel estatal. 5. Trabajar en coordinación con el consejo el Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas. 6. Fortalecer los sistemas estatales de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, sobrepeso y obesidad. 7. Fortalecer la infraestructura tecnológica y su utilización para la medición de las variables. 8. En coordinación con Nivel Nacional generar una plataforma tecnológica para montar el observatorio. 9. Capacitar al personal operativo de la plataforma.
	<p><i>2. Establecimiento de mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre las enfermedades no transmisibles en todos los niveles para la toma de decisiones.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración del boletín mensual de información sobre ECNT con los contenidos de información relacionados con las enfermedades no transmisibles. 2. Diferenciar los usuarios y las variables de información de utilidad. 3. Realizar reuniones mensuales de análisis de la información con el grupo de trabajo de la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, para orientar, implementar y dirigir las acciones en la misma. 4. Establecimiento de canales de comunicación tanto electrónicos como impresos de difusión interna y difusión masiva de contenidos previamente analizados por el grupo de trabajo de la estrategia estatal. 5. Conteo de decisiones efectivas tomadas con base en los boletines y demás mensajes informativos epidemiológicos de las ECNT con el objetivo de monitorear y evaluar la difusión, el uso y relevancia de la información generada y los resultados obtenidos.

	<p>III. <i>Dar seguimiento a la implementación de la Estrategia y determinar su desempeño e impacto.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas las unidades de primero y segundo nivel deberán reportar las acciones y los resultados obtenidos para que las jurisdicciones sanitarias evalúen los indicadores propuestos para los componentes de la Estrategia en su conjunto. 2. Generar reportes estadísticos a partir de una base de datos con resultados de la atención a los usuarios con enfermedades no transmisibles tomando en consideración los sistemas de información antropométricos y clínicos de cada unidad. 3. Emisión de resultados considerando el desempeño y el impacto de la Estrategia.
<p>Promoción de la salud y comunicación educativa.</p>	<p>A. <i>Promoción de la alimentación correcta a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitio de trabajo y comunidad).</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la eliminación de publicidad de alimentos no nutritivos. 2. Incentivar la reducción gradual en el consumo de azúcar, sodio, y grasas saturadas en alimentos. 3. Diseñar incentivos para la reducción de las porciones que se ofertan en alimentos industrializados y en restaurantes. 4. Incentivar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria. 5. Desarrollar acciones que promuevan la disponibilidad de agua potable en escuelas, sitios de trabajo y espacios públicos. 6. Fomentar el consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta. 7. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una alimentación correcta a través del fomento del alfabetismo en nutrición y salud. 8. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos. 9. Fomentar en productores locales la producción de verduras y frutas, o alimentos propios de la cultura alimentaria tradicional (como lo son los granos enteros). 10. Promover huertos escolares y familiares de traspatio (Horticultura urbana). 11. Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo. 12. Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable. 13. Desalentar la venta de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares, grasas y sal en las unidades médicas del sector salud.
	<p>B. <i>Promoción de la actividad física a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitios de trabajo y</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular a las autoridades municipales para la creación de espacios públicos seguros destinados a la activación física. 2. Promocionar la actividad física en las familias, escuelas, sitios de trabajo y ciudades. 3. Realizar campañas para sensibilizar a la población sobre la

	<i>comunidad).</i>	<p>importancia de activarse físicamente en todos los entornos.</p> <ol style="list-style-type: none"> Incorporar a la Secretaría de Educación, para implementar acciones de evaluación del estado físico de los educandos. Realizar una evaluación basal del estado físico de los alumnos de educación básica, considerando factores como el Índice de Masa Corporal (IMC) y condiciones general del estado físico con el fin de suministrarles rutinas de ejercicio adecuadas a sus condiciones de salud. Diversificar los espacios promotores de actividad física seguros (plazas públicas, centros comerciales, lugares de ocio y esparcimiento). Establecer alianzas con organizaciones civiles para coordinar eventos que fomenten la actividad física. Recuperación de espacios de la comunidad para el fomento de la actividad física.
	C. Comunicación educativa	<ol style="list-style-type: none"> Llevar a cabo una campaña masiva en contra de la obesidad mediante mensajes positivos. Difundir manuales de procedimientos, materiales educativos, cursos en línea para profesionales de la salud, distribución de las guías internacionales y la norma nacional en unidades de primer contacto y hospitales de segundo nivel. Establecer el uso de la mercadotecnia social para el desarrollo de campañas orientadas al manejo de determinantes del sobrepeso y la obesidad. Formar consumidores informados capaces de interpretar las características nutricionales de los productos que adquieren.
	D. Generación de procesos de participación social con énfasis en la participación comunitaria	<ol style="list-style-type: none"> Desarrollar diplomados o cursos en obesidad para generar líderes locales que puedan modificar su entorno. Estarán dirigidos a líderes naturales de GAM, maestros de nivel básico de educación y organizaciones civiles. Crear redes de educadores en prevención de sobrepeso, obesidad y diabetes. Crear un registro de los educadores en salud y de las sociedades en que se agrupan. Formar comités comunitarios que coordinen de manera formal las actividades de la Estrategia en sus comunidades. Fortalecer la implementación de acciones de la Estrategia a través de la vinculación con ONG's.
Prevención	A. Establecimiento de las pautas generalizadas para las acciones de prevención de enfermedades no transmisibles en todo el sector salud	<ol style="list-style-type: none"> Establecer la estrategia única de prevención de enfermedades que consideren el autocuidado y el esquema de participación social. Desarrollo de nuevos instrumentos que faciliten el autocuidado. Desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias que inhiban la inercia clínica. Dotar a las unidades de tecnología e insumos que permitan tamizajes en los entornos donde se desarrollan las personas. Estratificar la intensidad de las intervenciones acorde a las necesidades de los pacientes en las unidades donde

	reciben atención las personas con diabetes.
<i>B. Orientación del Sistema Estatal de Salud hacia la detección temprana</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar a nivel estatal la Semana Nacional de Detección de Sobrepeso, Obesidad, Diabetes e Hipertensión. 2. Implementar mecanismos de detección en población de riesgo. 3. Utilizar estrategias de automonitoreo acorde a las guías de práctica clínica.
<i>C. Implementación de esquemas proactivos de prevención y detección oportuna</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de detección oportuna de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en las unidades de salud del primer nivel de atención, mediante el establecimiento e implantación de módulos de detección oportuna de enfermedades no transmisibles. 2. Mecanismos para detectar obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en los lugares públicos donde se reúne la comunidad, tales como escuelas, mercados o cualquier plaza pública. 3. Seguimiento a la persona en la comunidad y su hogar, mediante la implantación de esquemas móviles de detección oportuna de enfermedades no transmisibles.
<i>D. Se aprovechará la convergencia tecnológica, por lo cual las unidades de salud del primer nivel de atención contarán con un sistema de información en línea con las siguientes características:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A través de una versión portátil del sistema de información, facilitará la operación del personal de salud en la comunidad y el hogar. 2. Facilitará el seguimiento de la persona en el tiempo al garantizar la trazabilidad de cada una de las personas que sean tamizadas y detectadas con una enfermedad no transmisible, y con esquemas formales y efectivos de referencia a las unidades de salud y clínicas para el tratamiento preventivo. 3. Posibilitará la coordinación efectiva entre las unidades de salud del primer nivel de atención. 4. Permitirá medir la efectividad de la ampliación de la cobertura de los servicios mediante un tablero de control, y promoverá la toma de decisiones basada en evidencia.
<i>E. Generación de procesos de organización de grupos de ayuda mutua para la prevención y control de enfermedades no transmisibles</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo y aplicación de manuales de procedimientos que faciliten la operación de sesiones grupales en unidades de primer contacto. 2. Capacitación al personal de salud y otras instancias ciudadanas para la detonación de los procesos. 3. Concientizar a los usuarios sobre la carga y responsabilidad de la enfermedad en la sociedad.

2. Atención Médica

2.1 Acceso efectivo a Servicios de Salud

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

Se incrementara la capacidad de los servicios de salud para que una persona con necesidades de salud asociadas a las enfermedades no transmisibles, reciba el máximo posible de ganancias en salud a partir de los programas e intervenciones instrumentadas por el sistema a partir de un modelo intercultural de atención y conjunto de intervenciones (preventivas y curativas) que los servicios de salud ofrecerán para resolver las necesidades específicas a los pacientes, realizando un dictamen al momento de afiliación al seguro popular de factores de riesgo asociadas a enfermedades no transmisibles.

GAM'S EC

- Aumentar la cobertura de GAM EC
 - Inserción de pacientes con ECNT EN GAM'S EC
 - Aumentar el porcentaje de pacientes con DM en GAM'S EC.
 - Contribuir al aumento de control de pacientes con DM. y detección oportuna de complicaciones.
 - Seguimiento individualizado de todos los pacientes en las unidades de primer contacto.
 - Validar que el plan de trabajo de los GAM'S EC, sea centrado en los integrantes del grupo.
 - Fortalecer la educación del paciente que contribuya al control de las ECNT, y con ello la acreditación de los GAM'S EC
 - Asegurar la continuidad del GAM'S EC, supervisando las reuniones a lo largo del año.
 - Asegurar la detección oportuna de complicaciones.
 - Fortalecer el SIVEGAM a través de la validación y registro oportuno de información.
-
- Crear en el 70% de sus centros de salud un GAM EC y que en su mayoría tengan el diagnóstico de diabetes mellitus.
 - Orientar y capacitar al personal de los centros de salud de las comunidades referente a GAM'S EC. donde se incluye los beneficios, recurso humano implícito en el proceso así como documentos que se generan.
 - Garantizar el equipamiento para nutriólogo y activador físico de ANSA de material de apoyo didáctico, de apoyo (réplicas de alimentos, kit de nutrición, equipo portátil y de apoyo para realizar ejercicios físicos, equipo de sonido de apoyo para dirigir la temática y apoyo rítmico musical)
 - Integrar al personal de psicología de las unidades como otro tratamiento para la adherencia al tratamiento.
 - Capacitar de manera continua al personal de los centros de salud referente a la prevención, detección y diagnóstico, tratamiento y complicaciones de las ECNT.
 - Garantizar el abasto de insumos y medicamento.

- Revisiones periódicas a las unidades de salud de los tarjeteros manuales y electrónicos.
- Capacitación constante al personal de ANSA (nutriólogos y activadores físicos)
- Seguimiento permanente de la plataforma SIVEGAM.

2.2 Calidad de los Servicios de Salud

Implementación de modelos de atención específicos

Se busca innovar la atención de las enfermedades no transmisibles mediante la implementación de servicios de salud diseñados, equipados y listos para desarrollar acciones para realizar prevención, detección oportuna, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y reducción de complicaciones. Lo anterior con un enfoque de promoción, prevención y atención.

- Diagnóstico y aplicación de acciones nutricionales para prevenir el sobrepeso y la obesidad.
- Operación del Modelo de Atención Preventiva Integrada (API), así como la supervisión multidisciplinaria inteligente de los equipos API jurisdiccionales y estatales, con el desarrollo e implementación de tableros de control de los indicadores y metodología para la resolución de problemas de salud con base en método científico y priorización sistemática fundamentada en criterios de salud pública.

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

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

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

- Mejora de estilos de vida, actividad física sistemática, progresiva y constante, plan de alimentación adecuado, manejo de emociones.
 - Prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, dislipidemias y enfermedad renal crónica.
 - Estrategias para capacitar al 1º nivel de atención
- Cursos presenciales en ECNT al personal médico y paramédico.
Diplomados a distancia sobre ECNT.
Capacitación mediante tutorías a través de rotación del personal de salud otorgada por las UNEME EC.
Convenio con las diversas Universidades del estado para integrar planes de estudio de estos problemas metabólicos.
- Fortalecer la sinergia de las asociaciones civiles del estado relacionadas con la diabetes.

- Uso de esquemas terapéuticos innovadores que privilegien la atención efectiva.
- Identificación temprana y oportuna de complicaciones asociadas a las enfermedades no transmisibles, para la atención con calidad, y para su referencia oportuna.

Esquema de capacitación mediante diplomados y cursos sobre ECNT con las siguientes características:

Esquema de capacitación del personal de salud a nivel estatal con las siguientes características:

Se aprovechará la convergencia tecnológica para ofrecer educación en línea y/o presencial innovadora que permita que el personal de salud acceda a la capacitación de forma remota.

Se personalizarán los contenidos y la currícula que recibirá el personal de salud acorde con su perfil profesional y las funciones que realice en las unidades de salud del primer nivel de atención.

Se vinculará con los programas de enseñanza y desarrollo profesional continuo, para asegurar el aprovechamiento óptimo del personal de salud en los programas de capacitación.

Contará con el aval académico de instituciones prestigiadas de enseñanza.

Permitirá la trazabilidad del desempeño académico del personal de salud en los diferentes ciclos de capacitación.

Contará con esquemas de apoyo técnico para eliminar las barreras tecnológicas en el acceso a la capacitación.

Contará con apoyo académico para responder dudas e inquietudes relacionadas con los contenidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Infraestructura y tecnología

Uso de tecnologías para facultar a la persona

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

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

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

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

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

El Modelo Integral de Atención es un esquema de participación intersectorial que plantea la mejora de la infraestructura y equipamiento de las unidades de salud donde se atienden los pacientes con enfermedades no transmisibles.

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

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

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

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

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

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

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

Atención Médica		
Eje	Estrategia	Acciones específicas
Acceso efectivo a Servicios de Salud	<i>A. Equidad de los servicios en la cobertura efectiva para las enfermedades no transmisibles.</i>	1. GAM'S EC y Seguimiento individualizado de todos los pacientes en las unidades de primer contacto. 2. Establecer modelos interculturales de atención a pacientes. 3. Alinear la práctica médica privada a los elementos de la Estrategia.
	<i>B. Implementación de la gestión de riesgos a través de unidades de tratamiento y control mediante el pago de una cápita.</i>	1. Dictamen al momento de afiliación al seguro popular de factores de riesgo asociadas a enfermedades no transmisibles.
Calidad de los Servicios de Salud	<i>A. Implementación de modelos de atención específicos</i>	1. Confirmación diagnóstica del sobrepeso, obesidad y diabetes, a través de los señalamientos incluidos en las normas oficiales correspondientes. 2. Operación del Modelo API para la atención INTEGRADA y de calidad en el primer contacto con la participación de las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC), los hospitales y las unidades de primer nivel de atención. Dicho modelo busca; 1) garantizar el abasto de medicamentos, 2) fortalecer el capital humano a través de la capacitación constante y sistemática, 3) implementar estrategias proactivas de prevención con alcance en el hogar y la comunidad, a través de la medición integrada para la detección oportuna y, 4) cobertura efectiva para romper inequidades en el acceso, a través del facultamiento a la persona mediante innovaciones tecnológicas La inclusión inicial será con la UNEME-EC Xalapa y cuatro C.S. urbanos de primer nivel de la jurisdicción de Xalapa: Gastón Melo,

		<p>Revolución, Miguel Alemán y Lerdo de Tejada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fortalecimiento de los procesos de referencia y contrarreferencia desde y hacia los centros de salud de primer nivel de atención, las Unidades de Vida Saludable, las UNEMES-EC, las Clínicas Integrales para la Prevención y Control de la Obesidad y el Centro Estatal de atención al Paciente Diabético y Obeso. 4. Implementar un programa estatal de acreditación de GAM, para el aumento de grupos acreditados y reacreditados, lo que asegura el control metabólico y la prevención de complicaciones de sus integrantes. 5. Estimular la inserción de pacientes con enfermedades no transmisibles a los GAM, con énfasis en los pacientes con DM para mejorar el control metabólico. 6. Dar seguimiento a la acreditación de las UNEMES-EC, a través de procesos de supervisión y aplicación de cédulas de evaluación para mantener y mejorar la calidad en la atención a los usuarios, así como asegurar el mantenimiento de la infraestructura de la unidad.
<p>Mejora de las competencias y la capacidad resolutiva del personal de salud</p>	<p><i>A. Capacitación innovadora para la mejora de las competencias del personal de salud de las unidades de salud del primer nivel de atención.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora de estilos de vida, actividad física sistemática, progresiva y constante, plan de alimentación adecuado, manejo de emociones. 2. Prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, dislipidemia y enfermedad renal crónica. 3. Uso de esquemas terapéuticos innovadores que privilegien la atención efectiva. 4. Identificación temprana y oportuna de complicaciones asociadas a las enfermedades no transmisibles, para la atención con calidad, y para su referencia oportuna. 5. Se aprovechará la convergencia tecnológica para ofrecer educación en línea y/o presencial innovadora que permita que el personal de salud acceda a la capacitación de forma remota. 6. Se personalizarán los contenidos y la currícula que recibirá el personal de salud acorde con su perfil profesional y las funciones que realice en las unidades de salud del primer nivel de

		<p>atención.</p> <p>7. Se vinculará con los programas de enseñanza y desarrollo profesional continuo, para asegurar el aprovechamiento óptimo del personal de salud en los programas de capacitación.</p> <p>8. Contará con el aval académico de instituciones prestigiadas de enseñanza.</p> <p>9. Permitirá la trazabilidad del desempeño académico del personal de salud en los diferentes ciclos de capacitación.</p> <p>10. Contará con esquemas de apoyo técnico para eliminar las barreras tecnológicas en el acceso a la capacitación.</p> <p>11. Contará con apoyo académico para responder dudas e inquietudes relacionadas con los contenidos.</p> <p>12. La capacitación del personal se realizará a través de dos líneas. La primera es por medio de cursos de mejora de la calidad en atención médica, dirigidos a todo el personal médico y de enfermería de primer nivel de atención y la segunda, a través de cursos específicos de actualización en manejo y tratamiento del paciente con obesidad, diabetes e hipertensión, impartidos por las coordinaciones Estatales del Adulto y de Nutrición y Alimentación.</p>
	<p><i>B. Implementación del proyecto de capacitación a personal de salud de primer contacto alrededor de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar un censo de recursos humanos disponibles formados en la atención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles. 2. Generar un centro de educación sobre enfermedades no transmisibles que coordine las instancias educativas y los contenidos. 3. Certificación de las competencias en el manejo de las enfermedades no transmisibles en el personal de salud. 4. Fortalecer la misión de las UNEMES-EC como centros capacitadores de capital humano en el primer nivel de atención, a través de estrategias de capacitación en foros regionales de capacitación y en la modalidad de rotación de personal de primer nivel en las UNEMES-EC. 5. Difundir y fomentar el uso de las normas oficiales mexicanas actualizadas, así como de las guías de práctica médica en capacitación

		ofrecida al capital humano del primer nivel de atención.
Infraestructura y tecnología	<i>A. Uso de tecnologías para facultar a la persona</i>	<p>2. Soluciones tecnológicas disponibles para cualquier persona para proporcionarle información educativa personalizada para:</p> <ol style="list-style-type: none"> Conocer los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar las enfermedades no transmisibles. Mejorar sus estilos de vida, actividad física, alimentación correcta, manejo de emociones. Apegarse a su tratamiento. Campañas de salud de su unidad de salud del primer nivel de atención. Recibir recordatorios personalizados de toma de medicamentos y consultas en las unidades de salud del primer nivel de atención. Ingresar sus mediciones de peso y glucosa, entre otros, y poder monitorearlas remotamente.
	<i>A. Implantación del Modelo Integral de Atención para mejorar la estructura y capacidad operativa de modelos de atención.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Se iniciará con el modelo de atención efectiva y de calidad en el primer contacto en las UNEMES-EC y sus centros de salud periféricos, realizando el diagnóstico y acondicionamiento de estas unidades de atención de enfermedades no transmisibles por etapas considerando: personal operativo, infraestructura física, laboratorio y cobertura de servicios en dichas enfermedades. Implementación de Unidades de vida saludable, para la promoción y prevención temprana de las enfermedades no transmisibles y la incorporación de personas con factores de riesgo inminentes como prediabetes, prehipertensión y sobrepeso en las actividades de estas unidades. Implementación de Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC) fijas y móviles para mejorar la cobertura de atención a pacientes con enfermedades no transmisibles Asimismo se considera la mejora de la coordinación con el primer nivel de atención para asegurar el ingreso a tratamiento de pacientes detectados en las actividades comunitarias de la unidad.

		<p>4. Implementación de Clínicas Integrales para la prevención y control de la obesidad, para la atención específica por médico especialista, licenciado en nutrición y licenciado en psicología.</p> <p>5. Gestión para el equipamiento de todas las nuevas unidades, en relación con instrumental médico, reactivos, medicamentos, equipo de administración, entre otros, así como el constante monitoreo de la cadena de suministros.</p>
<p>Garantía del abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro.</p>	<p><i>A. Mejorar la cadena de suministro en lo referente a la adquisición, distribución y almacenamiento de los medicamentos</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprovechar la convergencia tecnológica para establecer sistemas de información en línea que permitan el monitoreo del abasto de los medicamentos y pruebas de laboratorio en las unidades de salud del primer nivel de atención en tiempo real, con base en los medicamentos que deben estar disponibles acorde con la normatividad vigente aplicable a cada institución de salud. 2. Permitir que las personas que viven con enfermedades no transmisibles y sus familiares, a través del sistema de información en línea mediante tecnologías móviles, puedan reportar que no les fue surtido un medicamento, estableciendo un contrapeso para la vigilancia de la eficiencia y la efectividad. 3. Además de su utilización en la farmacia y los almacenes, el sistema de información será escalable hacia el interior de las unidades de salud, permitiendo que todo el personal de salud pueda reportar a través de tecnologías móviles que no se entregó un medicamento o insumo a sus pacientes. 4. Permitir que un supervisor monitoree el abasto y la cadena de suministro, reportando a través de tecnologías móviles el abasto existente y los medicamentos faltantes. 5. Mostrar la información referente al abasto y desabasto de los medicamentos en un tablero de control que sea transparente a todo el personal de salud y las autoridades administrativas y operativas a nivel regional, estatal y nacional, facilitando la toma de decisiones basada en la información de las propias unidades de salud, permitiendo la transparencia y la rendición de cuentas.

3. Regulación sanitaria y política fiscal

3.1 Etiquetado

Etiquetado de Alimentos.

Programa Permanente de Verificación de Etiquetado de alimentos.

Una vez modificado y actualizado la reglamentación mexicana en materia de etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigido a población infantil; la COEPRIS realizará visitas de verificación de estos productos para constatar el cumplimiento de la normatividad vigente.

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

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

Etiquetado frontal

Programa Permanente de Verificación de Etiquetado

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

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

Fuente de aporte calórico	Base para el cálculo de la IDR
Azúcares agregados	200 kcl
Otros carbohidratos	980 kcl
Grasas no saturadas	400 kcl
Grasas saturadas	140 kcl
Proteínas	280 kcl
Sodio	2000 kcl

- Adicionalmente se deberá expresar el contenido energético total de producto y no su porcentaje basado en una dieta de 2000 kcal como se hace actualmente.
- Hacer obligatorio que en aquellas presentaciones familiares, se incluyan además de la información nutrimental y el contenido energético calculado sobre una porción, el número de porciones del contenido total del producto, y su contenido energético.
- Para el caso de bebidas saborizadas, chocolates, botanas y productos de confitería, hacer obligatorio que en las presentaciones familiares, se incluyan tanto la información nutrimental, sodio y el contenido calórico calculado sobre el contenido total del producto así como el número de porciones contenidas en el producto y el contenido calórico por porción.

Distintivo nutrimental

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

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

Estos criterios plantean dividir a los productos en ocho categorías:

consecuencia modificar hábitos alimentarios.

1. Aceites vegetales y grasas.

2. Fruta, hortalizas y semillas.

3. Productos a base de carne.

4. Productos de la pesca.

5. Productos lácteos.

6. Productos a base de cereales.

7. Sopas, platos compuestos, plato principal y sandwiches rellenos.

8. Helados

Fuente: Eu Pledge Nutrition White Paper

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

Una vez establecido e implementad el etiquetado frontal y la reglamentación mexicana en en este sentido, la COEPRIS realizará visitas de verificación de estos productos para constatar el cumplimiento de la normatividad vigente.

3.2 Publicidad

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

a) Definir como horarios de audiencia infantil los siguientes:

- I. Lunes a viernes: de 14:30 a 19:30 hrs.
- II. Sábados y domingos: de 7:00 a 19:30 hrs.

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

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

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

Estas modificaciones serán acompañadas de un sistema de seguimiento al cumplimiento de las disposiciones establecidas, así como el establecimiento de sanciones, en este sentido la COEPRIS dará seguimiento a esta indicación en las televisoras locales con el objeto de que se cumpla con esta disposición en el estado.

3.3 Política Fiscal.

Para complementar los esfuerzos regulatorios, se considera necesario utilizar a la política fiscal, a través de la introducción de medidas impositivas que permitan reducir el consumo de aquellos alimentos y bebidas que son considerados como no aportantes de elementos nutritivos, en otras palabras, aquellos productos que tienen calorías vacías, es decir

aquellos que aunque brinden al organismo un aporte energético significativo no tiene nutrientes necesarios³⁸.

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

En relación a este eje el estado trabajará con base a los lineamientos federales, en materia de política fiscal, regulación del etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas, ya que la instancia competente para emitir la normativa sanitaria para regular el etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas es la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, por lo que se continuará la vigilancia sanitaria a los establecimientos dedicados a la fabricación de productos alimenticios, así mismo mediante acciones de vinculación con cámaras y asociaciones, fomentaremos sobre la importancia de que los productos alimenticios que elaboren contengan información nutrimental clara que orienten al consumidor sobre opciones saludables y que esta información esté contenida en el etiquetado frontal y con relación a publicidad, a través de los medios masivos de comunicación en el Estado, al detectar publicidad irregular, orientar al anunciante sobre la normativa sanitaria vigente

Pilar de Regulación Sanitaria y Política Fiscal		
Eje	Estrategia	Acciones específicas
Etiquetado	B. Etiquetado de alimentos	Vigilancia sanitaria
	C. Etiquetado frontal	Vigilancia sanitaria
	D. Distintivo nutrimental	Vigilancia Sanitaria
Publicidad	A. Regulación y vigilancia sanitaria	Vigilancia sanitaria
Política Fiscal	A. Aplicación de Impuestos especiales a alimentos y bebidas que no aportan elementos nutritivos	Determinaciones del nivel federal.

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

³⁹ Idem

Dependencias e instituciones participantes

Secretaría de Educación Pública y Cultura

Actualizar los Lineamientos generales para el expendio, distribución y suministro de alimentos y bebidas preparados y procesados en los planteles de educación básica del estado de Sinaloa, en coordinación con la Secretaría de Salud y los servicios de salud de Sinaloa.

·Impulsar, en coordinación con el DIF estatal, DIF municipal y Secretaría de Salud y servicios de salud de Sinaloa, la instrumentación de esquemas de alimentación correcta en las Escuelas de tiempo Completo.

·Fortalecer la coordinación intersectorial SEP/C-Salud para revisar, aportar y, en su caso, incluir sugerencias que fortalezcan los contenidos en materia de salud y nutrición de los libros de texto gratuitos.

·Promover la disponibilidad y consumo de agua simple potable en los planteles de educación básica del estado.

·Capacitar y concientizar a actores de la comunidad educativa sobre la alimentación correcta en las Escuelas de Tiempo Completo autorizadas para ofrecer alimentos.

Instituto Sinaloense del Deporte

- Promover la aplicación de la Ley General de Cultura Física y Deporte (DOF 7 de junio de 2013) la cual tiene por objeto establecer las bases generales para la distribución de competencias, la coordinación y colaboración entre la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios en materia de cultura física y deporte, con la participación de los sectores social y privado.

- Fomentar la actividad física en espacios públicos y recreativos.

- Formar y capacitar recursos humanos para la promoción de la actividad física en todos los entornos con prioridad en escuelas de educación básica.

- Promover e instrumentar eventos y actividades deportivas de forma organizada (torneos, carreras, etc.).

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

- Fomentar y establecer proyectos productivos que le permitan a los productores de bajos ingresos, generar productos de auto consumo en una primera etapa y en una segunda, la generación de ingresos por la venta de excedentes.

- Buscar aumentar el subsidio en los programas donde la población objetivo sean los productores de alta y muy alta marginación, con un apoyo de hasta el 80% del costo del proyecto productivo.
- Promover el establecimiento de huertos familiares de traspatio en zonas urbanas (Horticultura urbana).

Secretaría de Desarrollo Social y Humano

- Continuar con las actividades educativas sobre orientación alimentaria en el marco del programa OPORTUNIDADES.
- Eliminar la oferta de los alimentos que no sean favorables para la salud en las tiendas Diconsa.
- Fomentar la oferta de alimentos bajos en grasas saturadas, azúcar y sal en las tiendas Diconsa.
- Mantener la disponibilidad de leche descremada y semidescremada en las tiendas Diconsa.

Secretaría del Trabajo y Prevención Social

- Promover entornos de trabajo saludables con alimentación correcta y consumo de agua simple potable.
- Difundir y aplicar la Ley de Ayuda Alimentaria a Trabajadores (DOF 17- 01-2011).
- Promover estilos de vida saludable entre los trabajadores.
- Promover y adecuar espacios en sitios de trabajo para la realización de actividad física.

Procuraduría Federal del Consumidor

- Difundir información sobre mercados de productos saludables.
- Proteger la salud y seguridad del consumidor contra los riesgos provocados por productos de consumo y servicios considerados peligrosos o nocivos.
Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano
- Apoyar, en coordinación con las autoridades estatales y municipales, en el desarrollo y rescate de espacios públicos seguros para realizar actividad física.
- Promover en coordinación con las autoridades estatales y municipales la rehabilitación de parques o centros deportivos actualmente abandonados.
- Mejorar avenidas y crear ciclo vías para favorecer la actividad física en la población.

Comisión Nacional del Agua

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

Secretaría de Salud

- Desarrollar y difundir campañas de comunicación educativa a nivel nacional para toda la población, dirigida a la promoción de la alimentación correcta y de la actividad física.
- Instrumentar un programa de alimentación y actividad física.
- Establecer un Modelo Clínico Preventivo Integral para el tratamiento de la obesidad y la diabetes.
- Crear e implementar una regulación sanitaria de etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas.
- Diseñar, desarrollar e implementar un sistema de monitoreo del comportamiento epidemiológico nacional del sobrepeso, obesidad y diabetes (Observatorio de salud).
- Preparar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- Diseñar y operar mecanismos de difusión oportuna de información epidemiológica sobre el sobrepeso, la obesidad y la diabetes.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada.
- Fomentar la capacitación y la educación continua de los profesionales de la salud de primer contacto. Detectar oportunamente poblaciones en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles.
- Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.
- Apoyar a la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina y Nutrición en la modificación de la currícula de la carrera de medicina para que permita al médico general detectar y controlar la diabetes en el primer nivel de atención.
- Generar un dialogo permanente con expertos y líderes de opinión sobre el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes y la naturaleza integral de la Estrategia. Actualizar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, con el fin de regular la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a público infantil de acuerdo a recomendaciones internacionales.
- Establecer un etiquetado frontal para alimentos y bebidas diseñado en conjunto con la Secretaria de Economía.
- Promover la reformulación e innovación de productos que favorezcan la alimentación correcta de la población. Promover la investigación científica para la prevención y atención del sobrepeso, obesidad y diabetes, y la promoción de la salud alimentaria en la población.

Servicios de Salud de Sinaloa

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

▪ Instituto Mexicano del Seguro Social

- PREVENIMSS.
- DIABETIMSS
- CHIQUITIMSS
- IMSS Oportunidades.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

- DIABETISSSTE
- PREVENISSSTE

Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia

- Consolidar las acciones enfocadas a la reducción de azúcares, grasas saturadas y sal en los programas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria, particularmente en el programa de Desayunos Escolares y alimentos distribuidos por los Sistemas Estatales DIF y DIF D. F. en las escuelas
- Fortalecer la inclusión de verduras, frutas, leche descremada, cereales integrales, leguminosas y agua simple potable en los programas de la Estrategia desayunos escolares.

Red de Municipios por la Salud

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

Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales

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

Academia

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

Iniciativa Privada

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

Evaluación

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

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

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

Es de suma importancia el seguimiento y la evaluación de las actividades, ya que las medidas que se tomarán tendrán dos objetivos: rendición de cuentas e identificar áreas de oportunidad y retos en el diseño y operación del programa, para poder realizar la retroalimentación entre las áreas involucradas.

La evaluación de las acciones de la estrategia se realizará midiendo el avance en el cumplimiento de las metas programadas, considerando los indicadores generales que permitan conocer el porcentaje de actividad realizada y los resultados obtenidos según lo programado, de manera, trimestral y semestral. De la misma manera, se considerará la supervisión a las jurisdicciones sanitarias.

Así mismo, se considerarán indicadores de proceso, producto y resultado, con la finalidad de medir las acciones desarrolladas en la estrategia. De igual manera se diseñarán formatos de registro interno que permitirán conservar la información para efecto de la verificación de avances, fundamentación de las supervisiones y al mismo tiempo retroalimentar la estrategia.

Se realizarán informes anuales de evaluación, con el objetivo de plantear recomendaciones para los tomadores de decisiones que permitan impulsar la mejora continua.

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

Se contará sistemas de evaluación con los parámetros a evaluar sobre los avances en la consecución de los objetivos parciales. Para esto se realizara un esfuerzo adicional en cuanto a la creación y utilización de la información estadística pertinente del estado para poder realizar la evaluación correspondiente.

Para poder contar con una evaluación eficaz y pertinente se contará con información de las enfermedades no transmisibles vinculando los centros de referencia, que de manera objetiva contará con la información requerida a través de la recolección de

información que produzcan entidades públicas (INEGI, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, IMSS, ISSSTE, Gobiernos Municipales, etc.), así como la que se obtenga mediante encuestas propias.

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

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

INSTITUCIÓN	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META 2014
STPS	Promover entornos de trabajo saludables con alimentación correcta y consumo de agua simple potable	Vigilar, a través de la inspección del trabajo, que las empresas cumplan con el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo y la NOM-001-STPS-2008, relativa a "Servicios al Personal" que incluye agua potable para beber y lugares para el consumo de alimentos	>80%	300
STPS	Difundir y aplicar la Ley de Ayuda Alimentaria a Trabajadores	Promover y vigilar por medio de la inspección del trabajo, la aplicación de la Ley de Ayuda Alimentaria a los Trabajadores	>80%	100
STPS	Promover estilos de vida saludable entre los trabajadores	Difundir entre los trabajadores y empresas, conjuntamente con la Secretaría de Salud, medidas de prevención del sobrepeso y la obesidad para una vida saludable que reduzca el ausentismo laboral e incremente la productividad con beneficios compartidos.	>80%	40
STPS	Promover y adecuar espacios en sitios de trabajo para la realización de actividad física	Promover la adecuación de espacios en los centros de trabajo para la actividad física de los trabajadores y patrones	>80%	40
INSTITUCIÓN	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META 2014
IMSS	CHIQUITIMSS	Integración y comunicación, familia saludable	>90%	2,539
IMSS	JUVENIMSS	Programa enfocado a adolescentes pasos por la salud, conocimientos de si mismo y manejo de sentimientos y emociones, tomo de decisiones y pensamiento crítico, comunicación y relación interpersonal	>90%	3,800

IMSS	ELLA Y EL	Programa enfocado a hombres y mujeres en edad productiva,(20-499 salud sexual y productiva, actividad física, salud bucal, prevención de sobrepeso y obesidad	>90%	2,600
IMSS	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	Promoción de alimentación correcta, actividad física, sobre peso, obesidad enfermedades crónico degenerativas y otras acciones preventivas	>90%	720
IMSS	PASOS POR TU SALUD	Promocionar la actividad física y alimentación saludable en todos los grupos etarios	>90%	720
IMSS	DIABETIMSS	Promocionar la actividad física y alimentación saludable, plato del bien comer, población con diabetes mellitus.	>90%	1600 pacientes diabéticos incorporados por módulos (5 módulos UMF 35, 36, 45, 46 Y 55)
IMSS	CHÉCATE, MÍDETE Y MUÉVETE	Promocionar la actividad física y alimentación saludable y atención integral	10%	Total de trabajadores con sobrepeso y obesidad
INSTITUCIÓN	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META 2014
ISSSTE	PrevenISSSTE cerca de ti	Programa vía internet para detectar riesgos a la salud mediante una encuesta sencilla, la cual lanza de manera casi inmediata un diagnóstico, consejos, dieta etc.	50%	9120 derechohabientes
ISSSTE	PRESyO	Aplicación de dietas personalizadas por nutriólogos pasantes y de base, activación física por maestro en educación física de base y revisión médica	>90%	780 pacientes anuales reduzcan el 5% de su peso

INSTITUCIÓN	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META 2014
SSS	Abasto oportuno de medicamentos para el control de diabetes en el primer nivel de atención.	Incrementar el número de unidades en el primer nivel de atención, con la supervisión de autoridad estatal, con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes (Estrategia Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la diabetes).	>95%	217
SSS	Tratamiento de Diabetes Mellitus.	Incrementar el número de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento, que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada por debajo del 7% en población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	>95%	301
SSS	Control de Diabetes Mellitus.	Incrementar el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento al que al menos se le realizó una medición anual con Hemoglobina glucosilada, en población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud.	60%	6,078
SSS	Acreditaciones de Grupos de Ayuda Mutua.	Incrementar el número de Grupos de Ayuda Mutua EC acreditados en el primer nivel de atención.	>95%	7
SSS	Actualización de personal para la el manejo de pacientes con Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.	Fortalecer la actualización del personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado de pacientes con sobrepeso, obesidad y diabetes.	100%	3
SSS	Detecciones de Diabetes Mellitus.	Realizar detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	>95%	200,378
SSS	Detecciones de Hipertensión Arterial, Obesidad y Dislipidemias.	Número de detecciones de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias en población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	>95%	569184
SSS	Control de Hipertensión Arterial.	Número de pacientes de 20 años y más con hipertensión arterial en control, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	>50%	23,024
SSS	Tratamiento de Hipertensión Arterial.	Número de pacientes de 20 años y más con hipertensión arterial en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	>95%	39,524
SSS	Control de Obesidad.	Número de pacientes de 20 años y más con obesidad en control, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	>50%	25,892

SSS	Tratamiento de Obesidad.	Número de pacientes de 20 años y más con obesidad en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	>95%	66,671
SSS	Control de Dislipidemia.	Número de pacientes de 20 años y más con dislipidemias en control, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	>50%	6,983
SSS	Tratamiento de Dislipidemia.	Número de pacientes de 20 años y más con dislipidemias en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	>95%	11,988
INSTITUCIÓN	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META 2014
SSS	Promover estilos de vida saludables con énfasis en alimentación correcta, consumo de agua simple y activación física	Realizar estrategias educativas para llevar a cabo la promoción de una dieta correcta, el consumo de agua, la activación física y la prevención de enfermedades asociadas.	100%	1 evento anual de gran movilización social
SSS	Promover la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria correcta	Realizar campañas y eventos de difusión, de la importancia de la lactancia materna exclusiva como factor protector.	100%	1 evento anual de gran movilización social
SSS	Impulsar el rescate de la cultura alimentaria tradicional	Realizar eventos, campañas y alianzas con instancias gubernamentales y no gubernamentales para difundir la cultura alimentaria tradicional y el fomento del consumo de alimentos tradicionales.	100%	1 (evento+ campaña+ alianzas) anual de gran movilización social.
SSS	Realizar campañas educativas para promover estilos de vida saludables.	Realizar campañas de mercadotecnia social a nivel estatal, regional y local de promoción de la alimentación correcta, consumo de agua simple potable y activación física.	100%	1 Campaña anual de mercadotecnia.

SSS	Fortalecer competencias del personal de salud sobre alimentación correcta y activación física.	Realizar eventos de capacitaciones sobre las recomendaciones para una alimentación correcta, la ingesta de agua simple potable y la práctica de activación física, así como sus beneficios.	100%	1 capacitación anual.
SSS	Supervisar y evaluar las actividades derivadas del programa a nivel nacional, estatal y jurisdiccional.	Implementar un sistema integral de supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades derivadas del programa a nivel nacional estatal y jurisdiccional.	100%	Supervisión + monitoreo + evaluación) anual de las actividades
SSS	Promover entre la población la importancia de la dieta correcta y la activación física.	Realizar talleres a la población general sobre la importancia de la dieta correcta y la activación física.	>95%	2520
SSS	Promover entre la población la importancia de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria correcta.	Realizar talleres a la población general sobre la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria correcta.	>95%	2520
INSTITUCIÓN	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META 2014
SSS	Fortalecer las acciones de detección, prevención, diagnóstico y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	Difundir en los niveles operativos las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs) de cada una de las ECNT	100%	272
SSS	Generación de pautas para la toma de decisiones así como monitoreo y evaluación del uso de la información.	Realizar reuniones de trabajo con los Consejos Estatales y el Consejo Nacional de las ECNT.	100%	12 reuniones a nivel Estatal. 1 Reunión Nacional.

SSS	Fortalecer las acciones de detección, prevención, diagnóstico y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	Realizar visitas de capacitación, asesoría y supervisión a unidades médicas con enfoque epidemiológico.	100%	8
SSS	Preparar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.	Integración de una base de datos con información que aporten las instituciones del sector salud.	>80%	6
SSS	Fortalecer las acciones de detección, prevención, diagnóstico y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	Realizar encuestas de prevalencia de las ECNT	>80%	3
SSS	Emisión de resultados alrededor del desempeño y el impacto de la Estrategia.	Difundir a nivel Estatal y Nacional el panorama epidemiológico de las ECNT.	100%	12
INSTITUCIÓN	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	
SEPyC	Mejorar las competencias de los docentes de Educación Física en el aspecto de cultura de la salud.	Capacitar a profesores para la promoción de la actividad física en todos los entornos con prioridad en las escuelas de educación básica.	Porcentaje de profesores capacitados en actividad física con énfasis en educación básica (cultura de la salud) en alumnos de 4 a 16 años.	
SEPyC	Mejorar competencias en salud de la población escolar	Realizar talleres de capacitación para profesores en cultura de la salud.	Porcentaje en cursos-taller para profesores promotores de la cultura de la salud.	

SEPyC	Impulsar la participación de los municipios en el desarrollo de proyectos municipales sobre actividad física para una vida sana y productiva.	Municipios trabajando con proyectos municipales que promueven la activación física.	Numero de Municipio con proyecto
SEPyC	Promover en las escuelas la conciencia de los beneficios de la actividad física para una vida sana y productiva.	Validar escuelas como promotoras de vida sana.	Número de escuelas validas
SEPyC	Promover estilos de vida sana con énfasis en activación física.	Realizar estrategia educativas para llevar a cabo la promoción de la activación física y la prevención de enfermedades asociadas	Numero de campaña realizadas

Bibliografía

- Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine* 2007; 357: 753 – 61.
- Aguirre Huacuja, E. La Corresponsabilidad Operativa en la Atención Primaria a la Salud. *Salud Pública de México* 1994; 36:210213.
- Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Medicine* 2009; 122: 248 – 56.
- CONACULTA, Encuesta Nacional de Hábitos, Prácticas y Consumo Culturales, México, 2010.
- Pierre-Yves Crémieux; Henry Buchwald; Scott A. Shikora; Arindam Ghosh; Haixia Elaine Yang; Mairic Buessing. A Study on the Economic Impact of Bariatric Surgery; *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE*; V.14 No.9, 2008, p 51-58.
- Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las enfermedades Crónicas No Transmisibles. 25 de febrero de 2011. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/convenios/2011/Declaracion_Ministerial.pdf
- Diario Oficial de la Federación. Lineamientos generales para expendio y distribución de alimentos y bebidas en las escuelas. 23 de agosto de 2010.
- Diario Oficial de la Federación. Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores. 17 de enero de 2011
- Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Última reforma. México, 2013.
- Discurso del Presidente de la República en el marco del Día mundial de la salud, celebrado el día 2 de abril de 2013. <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/dia-mundial-de-la-salud-2013-la-hipertension/>
- Dirección General de Evaluación de Desempeño, SSA., Informe de unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. Evaluación 2008, págs. 27-32
- EU Pledge. Nutrition Criteria, White Paper, 2012.
- Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. *Obesity Surgery* 2007; 17: 260 – 70.
- Gutiérrez, J.P.; Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T.; Villalpando Hernández, S.; Franco, A.; Cuevas-Nasu, L.; Romero-Martínez, M.; Hernández-Ávila, M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México Instituto Nacional de Salud Pública, México 2012.
- INAP-SSa. Estudio Consistente en Evaluación para Revisar la Viabilidad e Impacto de la Imposición de una Tasa Tributaria al Consumo de Bebidas Carbonatadas y Azucaradas como Política Pública Preventiva Dirigida a Revertir la Tendencia al Sobrepeso y Obesidad, México, 2012.
- Jennings-Aburto et al. Physical activity during the school day in public primary schools in Mexico City, CINyS- INSP, México, 2008.
- Lim SS., V. T.-R. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 224-2260.
- OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.
- OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Ginebra, 2012
- OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades r transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra, Suiza, 2011.
- OMS. Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. 6 de mayo de 2013. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-sp.pdf
- OMS. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad. 2008. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15558&Itemid
- OMS-OPS. 28ª Conferencia sanitaria panamericana. 64ª Sesión del comité regional. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid
- OMS, Promoción de la Salud. Glosario, 1998 en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- ONU. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. 16 de septiembre de 2011. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo. México 2013.

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

UNAM.

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

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

pp. 3-5

Simón Barquera, I. C. (2013).

ENSANUT 2012. Evidencia para la

Política en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

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

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., 2001

Théodore F.; Bonvecchio, A.; Blanco,

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

Wartella A., Ellen, et al. Símbolos y sistemas de clasificación de nutrición para el etiquetado de productos alimenticios. Instituto c Medicina de las Academias Nacionales. Prensa de las Academi Nacionales:

Washington, D.C. 2011.

Páginas web

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

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

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

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

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

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

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

Agradecimientos

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

- Secretaría de Educación Pública y Cultura (SEPyC)
- Secretaría de Desarrollo Social Humano(SEDESHU)
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA)
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- IMSS Oportunidades.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)
- Dirección de Financiamiento y Protección Social en Salud
- Dirección de Prevención y Promoción de la Salud.
- Dirección de Atención Médica
- Dirección de la Comisión Estatal contra Riesgos Sanitarios.
- Dirección de educación física, artística y tecnológica de la SEPYC
- Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades.
- Subdirección de Promoción de la Salud.
- Subdirección de Vigilancia Epidemiológica.
- Departamento de Salud del Adulto Mayor.
- Programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales.
- Departamento de fomento sanitario.
- Departamento de Alimentación y Activación Física.
- Red de Municipios por la Salud (RMS)
- Instituto Sinaloense del Deporte. (ISDE)
- Procuraduría Federal del Consumidor
- Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados.
- Cámara Nacional de Comercio Culiacán.