



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD Y
RIESGO CARDIOVASCULAR
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARÍA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	19
III. DIAGNÓSTICO.....	25
III.1 Antecedentes	27
III.2 Situación Actual y Problemática	28
III.3 Avances 2006-2012	36
III.4 Retos 2013-2018	36
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	39
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018	41
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013–2018.....	42
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	45
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	47
V.2 Estrategias Transversales.....	48
VI. INDICADORES Y METAS.....	49
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	61
VIII. TRANSPARENCIA	71
BIBLIOGRAFÍA	75
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	79
GLOSARIO DE TÉRMINOS	81
ANEXOS	85

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Jesús Felipe González Roldán
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud mexicano debido al gran número de casos detectados;¹ la creciente contribución en la mortalidad general; tasas de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado del tratamiento son solo algunos de los problemas actuales de la salud pública.

Las consecuencias derivadas de estos padecimientos son el producto de procesos iniciados varias décadas atrás.² La historia natural puede ser modificada con intervenciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones. Dichas intervenciones, deberán encaminarse hacia la disminución de los determinantes³ y daños asociados al riesgo cardiovascular.⁴

El aumento en la prevalencia de obesidad en México se encuentra entre los más altos documentados en el plano mundial. Solo en la edad escolar de 5 a 11 años se logró contener en 14.6%.⁵

En los programas institucionales de prevención y control para el manejo adecuado de pacientes con sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias, existen diversas limitaciones las cuales se deben principalmente: al abasto inadecuado de medicamentos; carencia de equipos; falta de personal capacitado; sistemas de referencia y contrarreferencia deficientes; dificultades de acceso a los servicios; inexistencia de mecanismos eficientes para garantizar la adherencia terapéutica y cambios de conducta en los pacientes y sus familias; falta de continuidad en las campañas de prevención y control para fomentar el abandono de hábitos poco saludables; además de la carencia de intervenciones sistemáticas dirigidas a pacientes y a la población en riesgo; y desconocimiento de evaluaciones costo-beneficio para conocer el impacto en la salud.

La contención de las ECNT es una prioridad para el Sector Salud, dado el impacto creciente sobre la población en edad productiva y avanzada, es por ello que en el 2013 se lanza en México la "Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes" que plantea la integración de tres pilares y seis ejes rectores, que contienen ejes estratégicos, componentes y actividades.

En la población mexicana el disminuir la incidencia de ECNT, se realizará estableciendo un esquema unificado de detección que a la vez fortalezca los sistemas de vigilancia para obtener mejor información. Mejorando la cobertura y calidad en la atención primaria, impactando en niveles de bienestar y contribuyendo a la sustentabilidad del desarrollo nacional.

Este Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018, bajo el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; prioriza acciones de prevención y promoción de la salud y busca la integración de prácticas exitosas e innovadoras, sustentadas en las mejores evidencias científicas con el propósito de sumarse a la Estrategia y de esta forma atenuar la carga de las ECNT en la población mexicana. Para ello, se consideran las estrategias y medidas de intervención costo-beneficio de acuerdo a los determinantes sociales de salud y con un enfoque de género, que han probado ser útiles; factibles, que permitan la adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional.

Con el Programa se busca innovación en el manejo integral de los pacientes e introducción de nuevos esquemas terapéuticos; con acciones educativas y de capacitación.⁶



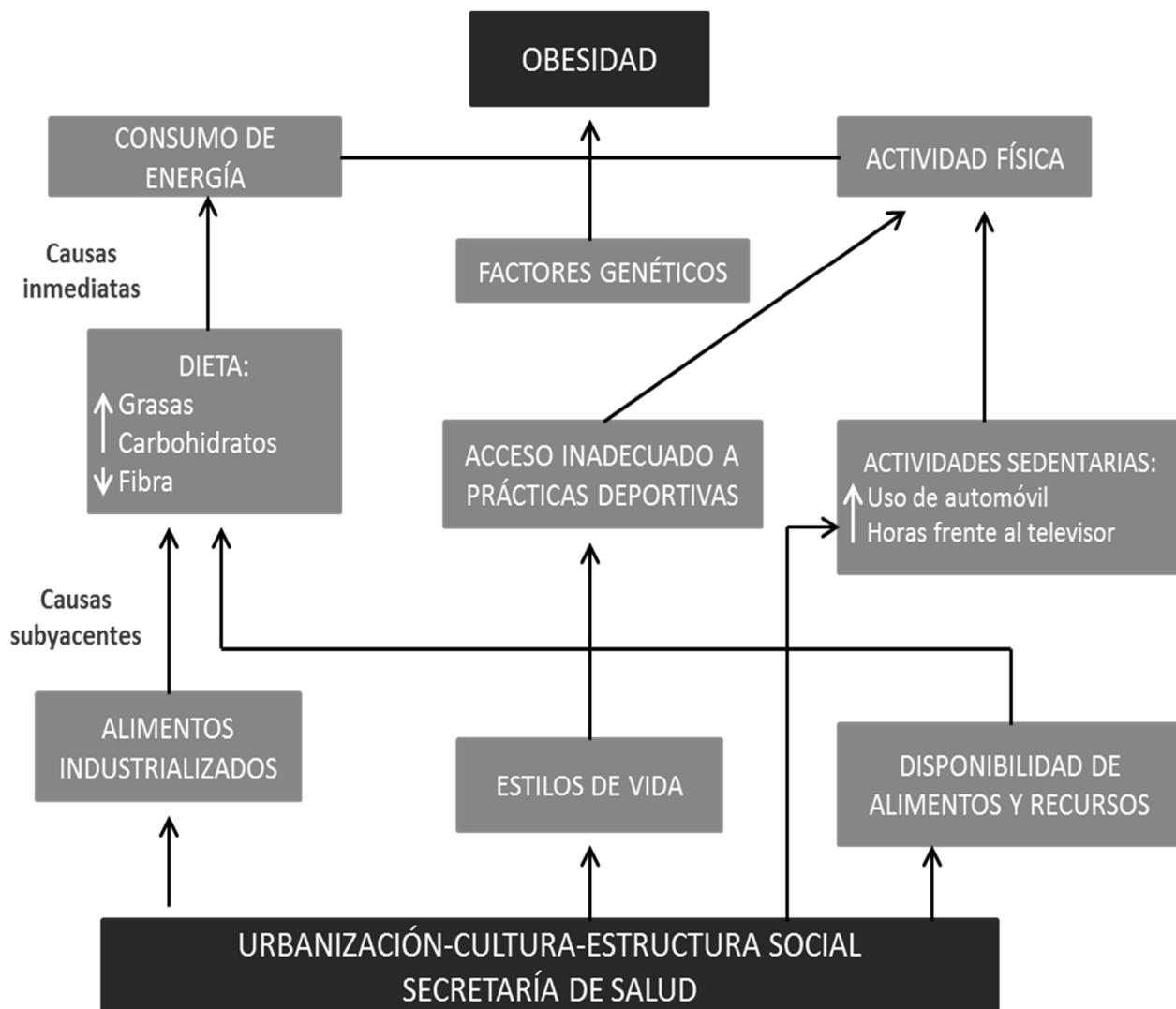
I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

La obesidad se caracteriza por un balance positivo de energía que ocurre cuando la ingestión de energía excede al gasto energético y ocasiona un aumento en los depósitos de grasa corporal. Tanto la obesidad como las enfermedades relacionadas con riesgo cardiovascular tienen una etiología multifactorial la cual involucra aspectos genéticos, ambientales y de estilos de vida que conducen a un trastorno metabólico. (Figura 1 y 2)

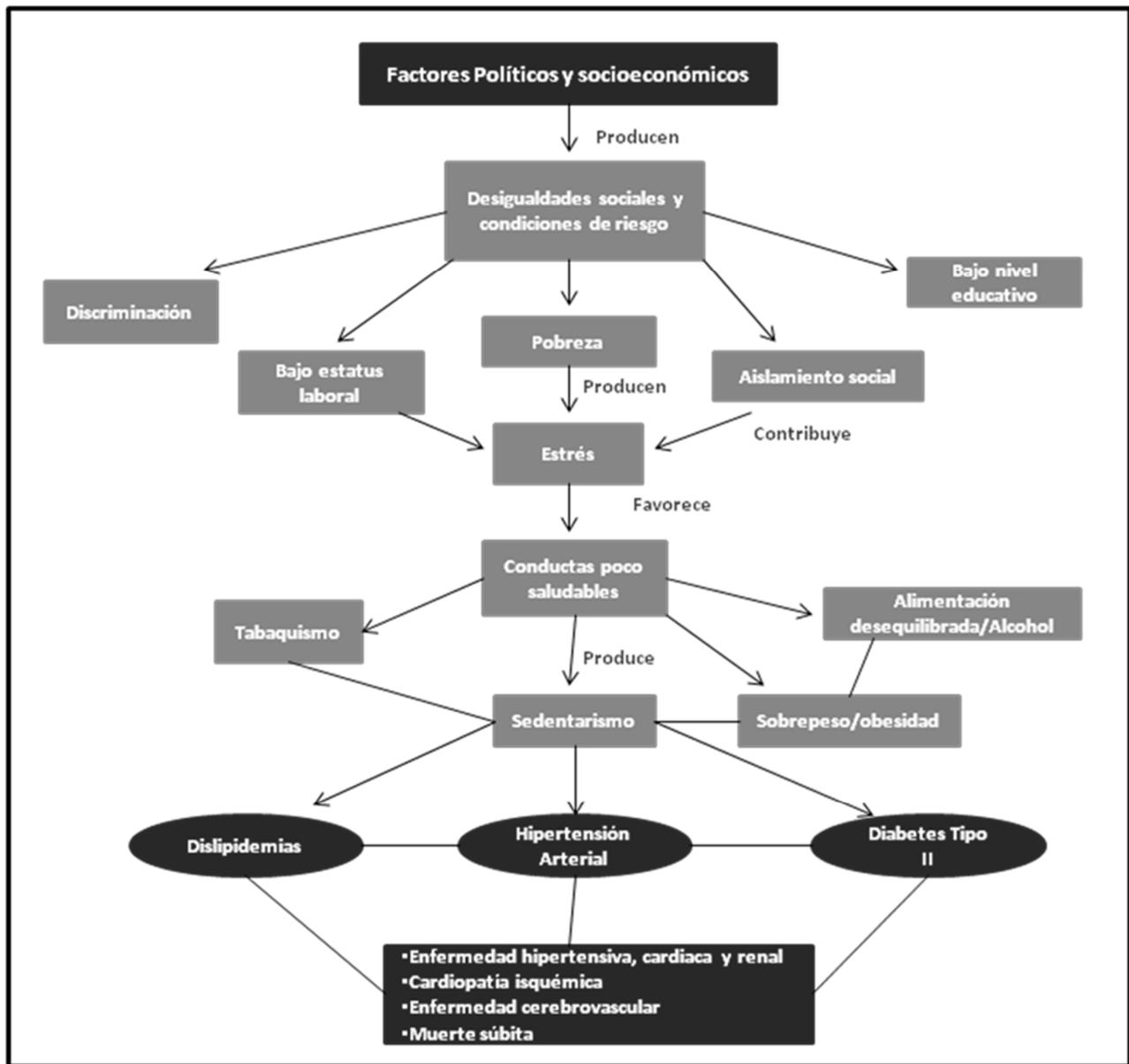
Dentro de los factores que se relacionan con la presencia de estas enfermedades, están los estilos de vida poco saludables (sedentarismo, alimentación incorrecta, tabaquismo) y factores genéticos. Es por ello que las acciones y estrategias dentro del Programa están enfocadas en disminuir dentro de las posibilidades estos factores mediante acciones de prevención, comunicación de riesgos, detección integral de ECNT en la población de 20 años y más, así como el control de parámetros clínicos para reducir las complicaciones de estas enfermedades e impactar en la mortalidad atribuida a ellas.^{5,7}

Figura 1. Mapa conceptual de la obesidad



Fuente: Rivera- Dommarco JA, Hernández-Ávila, et al. Obesidad en México. Recomendaciones para una Política de Estado, 1era edición: 2012, UNAM

Figura 2. Mapa conceptual hipertensión arterial



Fuente: Rivera- Dommarco JA, Hernández-Ávila, et al. Obesidad en México. Recomendaciones para una Política de Estado, 1era edición: 2012, UNAM



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

Este Programa, se rige por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además de las Leyes, Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas y la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁸

En su Artículo 4º correspondiente al Derecho a la Salud, en los párrafos tercero y sexto se sintetiza: “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”.

Ley General de Salud⁹

TÍTULO PRIMERO. Disposiciones Generales.

CAPÍTULO ÚNICO

En su Artículo 3 señala que es materia de salubridad general: fracción “XII La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo”, y en la fracción “XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes”;

TÍTULO SEGUNDO. Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO I. Disposiciones Comunes

Artículo 6. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;

- IX. Promover el desarrollo de los servicios de salud con base en la integración de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención a la salud.

TÍTULO TERCERO. Prestación de los Servicios de Salud

CAPÍTULO III. Prestadores de Servicios de Salud

Artículo 37. Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

TÍTULO SÉPTIMO. Promoción de la Salud.

CAPÍTULO III. Nutrición.

Artículo 115. La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

- II. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición.
- III. 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.

TÍTULO OCTAVO. Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes

CAPÍTULO III. Enfermedades no Transmisibles

Artículo 158. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles que las propias autoridades sanitarias determinen.

Artículo 159. El ejercicio de la acción de prevención y control de las enfermedades no transmisibles comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

- I. La detección oportuna de las enfermedades no transmisibles y la evaluación del riesgo de contraerlas;
- II. La divulgación de medidas higiénicas para el control de los padecimientos;
- III. La prevención específica en cada caso y la vigilancia de su cumplimiento;
- IV. La realización de estudios epidemiológicos, y
- V. La difusión permanente de las dietas, hábitos alimenticios y procedimientos que conduzcan al consumo efectivo de los mínimos de nutrimentos por la población general, recomendados por la propia Secretaría, y
- VI. Las demás que sean necesarias para la prevención, tratamiento y control de los padecimientos que se presenten en la población.

Artículo 160. La Secretaría de Salud coordinará sus actividades con otras dependencias y entidades públicas y con los gobiernos de las entidades federativas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Este PAE, se basa en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), que establece objetivos precisos para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, cuya finalidad es conducir al país hacia el desarrollo económico y social sustentable. De acuerdo a la realidad del país, se proponen intervenciones del sector salud en detección, prevención y atención de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular fundamentada en un marco legal que establece sus atribuciones y obligaciones en la materia; destacan por su importancia los siguientes reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas, y Estrategias Nacionales.¹⁰

Reglamentos

Se incluyen los publicados y actualizados en el Diario Oficial de la Federación conforme a lo siguiente:

- 1) Reglamento Interior de la Secretaría de Salud,¹¹ publicado el 19 de enero de 2004 y actualizado el 29 de noviembre de 2006;
- 2) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,¹² publicado el 14 de mayo de 1986;
- 3) Reglamento de Insumos para la Salud,¹³ publicado el 4 de febrero de 1988 y actualizado el 19 de septiembre de 2003; y,
- 4) Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud,¹⁴ publicado el 28 de mayo de 1997 y actualizado el 27 de mayo de 2003.

Normas Oficiales Mexicanas

Publicadas y actualizadas en el Diario Oficial de la Federación conforme a lo siguiente:

- 1) Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.¹⁵
- 2) Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.¹⁶
- 3) Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.¹⁷
- 4) Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.¹⁸
- 5) Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.¹⁹
- 6) Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.²⁰
- 7) Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.²¹
- 8) Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica²²

-
- 9) Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.²³
 - 10) Norma Oficial Mexicana servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.²⁴

Otros documentos

Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.⁶



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

Las ECNT son la principal causa de enfermedad y muerte prematura y evitable.²⁵

En México, se han establecido programas para hacer frente al problema de salud pública que representa. Como parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006²⁶ se establece el Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial.²⁷ En la estrategia a enfrentar, por los problemas emergentes y mediante la definición explícita de prioridades, se considera como eje central la promoción de la salud y la detección temprana de ECNT. El objetivo fue proteger la salud o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial, así como la prevención de los factores de riesgo y las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor y elevando la calidad de vida en este grupo poblacional.

En el PAE 2007-2012 de Riesgo Cardiovascular, el principal objetivo fue prevenir, controlar y en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones, así como aumentar el número de años de vida saludable en la población mexicana y mejorar la calidad de vida en las personas que presentan estos padecimientos, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas.

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevención y control de la obesidad y sus comorbilidades requieren de una estrategia nacional y multisectorial, que involucre tanto a los distintos niveles de gobierno como a los poderes Ejecutivo y Legislativo; que aborde los determinantes de la obesidad en los diferentes contextos en los que interactúan y afectan a la población: el hogar, la escuela, la comunidad, los centros de trabajo, los espacios públicos y de esparcimiento; que involucre actores clave e incluya el sector privado, especialmente la industria de alimentos; los medios de comunicación masiva; las agrupaciones de consumidores y la academia.

Dado que las ECNT son un problema de salud pública y requieren de la participación de un cuerpo colegiado del

más alto nivel, que impulse las acciones que se deben de adoptar en cada una de las instituciones para prevenirlas y promover mejores prácticas nutricionales entre la población, en 2010 surge el “Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles” como una instancia de coordinación permanente en materia de prevención y control de las ECNT de mayor prevalencia en la población mexicana y sus factores de riesgo.²⁸

Mediante la “Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes” se plantea unificar las acciones para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles; y objetivos que involucren a todo el sector salud y dependencias gubernamentales. Esta Estrategia es una oportunidad para fortalecer la atención médica en calidad y acceso, ya que implementa un modelo de atención integral con base en la prevención activa, el suministro eficiente de insumos y medicamentos, la capacitación del personal y la incorporación de las innovaciones en tecnologías de la información.

La Estrategia integra tres pilares: 1) Salud pública: vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y comunicación educativa y prevención; 2) Atención Médica: calidad y acceso efectivo a los Servicios de Salud, mejora de las competencias y la capacidad resolutiva del personal de salud, infraestructura y tecnología, abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, monitoreo de la cadena de suministro, centro de atención a la diabetes, cirugía bariátrica e investigación y evidencia científica y 3) Regulación Sanitaria y política fiscal: etiquetado, publicidad y política fiscal.

Además consta de seis ejes rectores:

1. Investigación y evidencia científica,
2. Corresponsabilidad;
3. Transversalidad;
4. Intersectorialidad;
5. Evaluación;
6. Rendición de cuentas.⁶

III.2 Situación Actual y Problemática

Obesidad

Desde 1997, la OMS reconoció al sobrepeso y la obesidad como un problema de salud pública mundial, tanto de países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo. Estas enfermedades son entidades clínicas complejas y heterogéneas con un fuerte componente genético, cuya expresión está influida por factores ambientales, sociales, culturales y económicos, entre otros.²⁹

La OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS) así como diversos gobiernos, han reconocido que la obesidad es un problema prioritario. En el mundo, cerca de 1,400 millones de adultos padecen sobrepeso y 500 millones obesidad. Se han generado datos que sustentan un incremento sustancial en la prevalencia e incidencia del sobrepeso y la obesidad en todos los grupos de edad, razas y grupos étnicos registrados en los sistemas de salud a nivel mundial.³⁰

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

El sobrepeso y la obesidad representan un factor de riesgo importante para el desarrollo de las principales causas de muerte. La alteración metabólica derivada de estas condiciones incide directamente en la morbilidad y mortalidad de muchos padecimientos, por esta razón, el sobrepeso y la obesidad se ha convertido en un serio problema de salud pública en nuestro país.

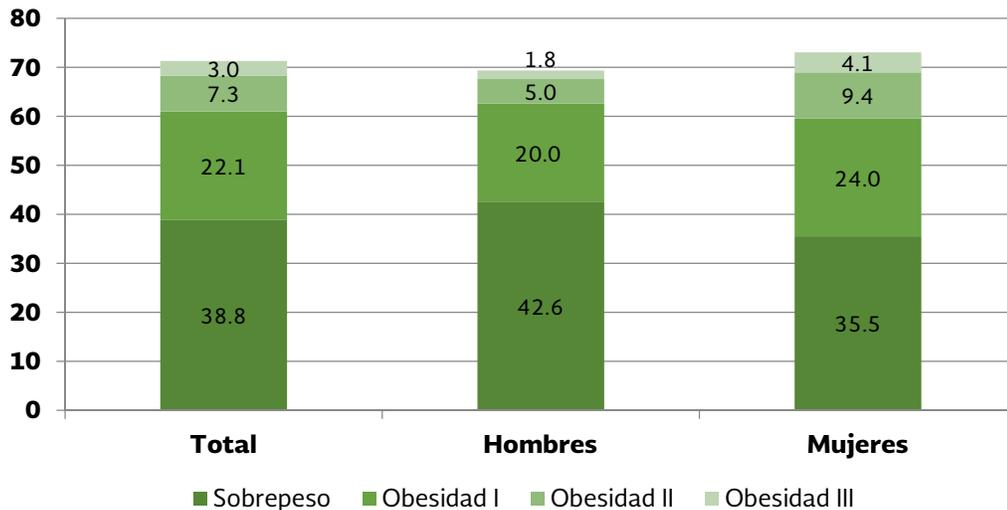
El sedentarismo y el poco tiempo dedicado a actividades físicas moderadas o vigorosas, sugieren una importante contribución al aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años.

En México, la prevalencia se ha triplicado y continúa creciendo a un ritmo alarmante, especialmente entre la población infantil; uno de cada tres en edad escolar presenta problemas de sobrepeso y obesidad, lo que nos coloca como el segundo país con mayor incidencia en la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).³¹

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT),³² la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta aumentó 12% en el periodo 2000-2006 y tiene un patrón muy similar al de la población mexicana que vive en los Estados Unidos; es uno de los grupos con mayor prevalencia cercana a 70%, tanto en hombres como en mujeres. El problema es igualmente alarmante en la niñez y la población adolescente.

Para el año 2012 y de acuerdo con los resultados de la ENSANUT,⁵ la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.3% (que representa 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%). De 1988 a 2012 la obesidad en mujeres de 20 a 49 años se incrementó de 9.5 a 35.2%. La prevalencia más alta de obesidad se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en mujeres. Siendo más alta en las localidades urbanas 28.5%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%). (Gráfica 1)

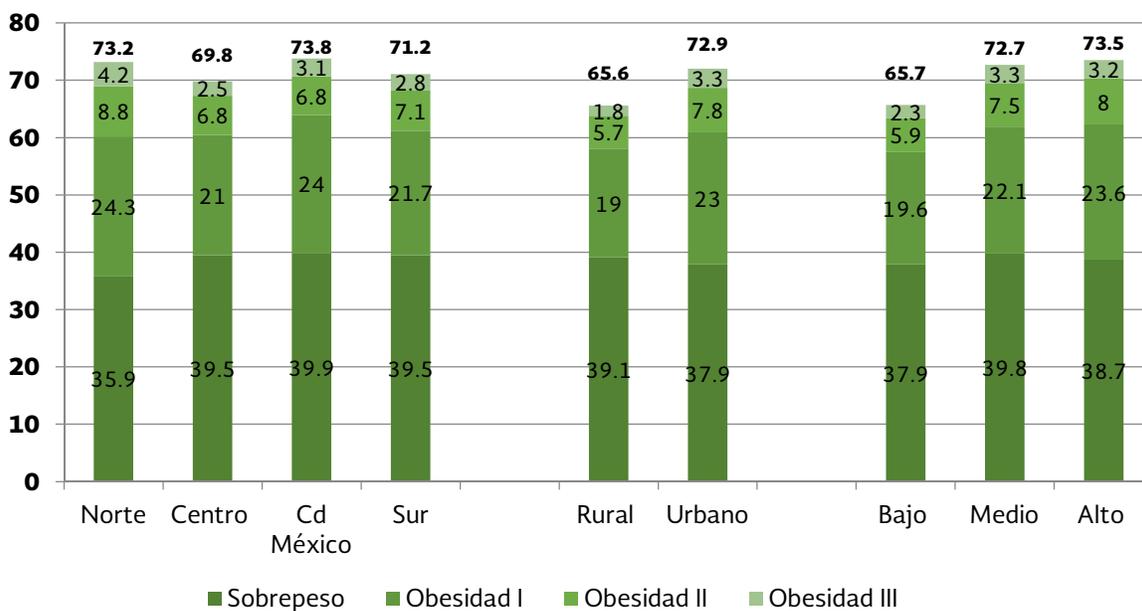
Gráfica 1. Sobrepeso y obesidad en México, ENSANUT 2012



Fuente: ENSANUT 2012.

La prevalencia de obesidad presenta diferencias por nivel socioeconómico (NSE), región, localidad ($p < 0.05$); es mayor en el NSE alto que en el bajo, en zonas urbanas en comparación con las rurales y en la región norte del país en comparación con el con el sur y el centro. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Sobrepeso y obesidad en México por región, localidad y nivel socioeconómico



Fuente: ENSANUT 2012.

Obesidad infantil, niños y adolescentes

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%. En el grupo de adolescentes, el 35% tiene sobrepeso u obesidad, es decir, uno de cada diez adolescentes presenta obesidad.

En relación al sobrepeso y la obesidad en la población pediátrica menor a 5 años, se ha registrado un ligero ascenso entre 1988 y 2012,³³ el incremento fue de 7.8% a 9.7% respectivamente. El principal aumento de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, se observa en la región norte del país con un 12%.³⁴ En la población pediátrica de 5 a 11 años de edad la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012 fue de 34.4%, para sobrepeso de 19.8% y 14.6% para obesidad.³³

Al analizar las tendencias, las cifras de sobrepeso y obesidad en la niñez en edad escolar no han aumentado en los últimos seis años (2006-2012). Durante ese periodo, la prevalencia combinada en ambos sexos disminuyó 0.4 puntos porcentuales al pasar de 34.8% a 34.4%.¹

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012 en la población adolescente, fue de 35.8% para el sexo femenino (representa al 3,175,711 de adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representa a 3,148,146 de adolescentes varones).

La proporción de sobrepeso fue más alta en las mujeres (23.7%) que en los hombres (19.6%); y para obesidad, los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino fue mayor (14.5%) que en las adolescentes de sexo femenino (12.1%).⁵

La Unidad de Análisis Económico (UAE) de la Secretaría de Salud, generó un estudio sobre el costo de la obesidad en México el cual mostró las primeras estimaciones del costo directo en atención médica y del costo indirecto por muerte prematura en edad productiva. El costo público directo en México se estimó bajo el escenario base en 42,000 millones de pesos en 2008, 13% del gasto total en salud y 0.3% del producto interno bruto (PIB) de ese año. De seguir esta tendencia el costo de no aplicar acciones de prevención y control costo-efectivas para combatir la obesidad, los factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles asociadas, fluctuará en 2017 entre 78,000 millones y 101,000 millones de pesos de 2008, cifras que representan un incremento entre 86 y 101% respecto al costo directo estimado para 2008.³¹

Riesgo Cardiovascular

Las dislipidemias, hipertensión arterial, obesidad y síndrome metabólico así como las enfermedades que se generan como complicaciones de estas son consideradas como de riesgo cardiovascular.

La incidencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) aumentó desde el inicio de siglo XX hasta el punto en que llegó a ser la primera causa de muerte en los países industrializados; esto se debió en gran medida, a los cambios de estilo de vida tradicionales. La OMS estimó en 1995, que las enfermedades cardiovasculares representaban la causa más frecuente de mortalidad en el ámbito mundial, rebasando a la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas y parasitarias.

De acuerdo a la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17.3 millones de personas, lo cual representa el 30% de todas las muertes registradas a nivel mundial; 7.3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria y 6.2 millones a los accidentes vasculares cerebrales.

Según la OPS, durante los próximos diez años se estima que ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de éstas 2.4 pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular.^{35,36}

En América Latina y el Caribe, las enfermedades cardiovasculares representan una tercera parte de todas las defunciones asociadas a ECNT. Cada año mueren alrededor de 17 millones de personas a nivel mundial por enfermedad cardiovascular y se estima que cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco un evento vascular cerebral. Aproximadamente entre 1.5 a 5% de la población que padece hipertensión arterial sistémica, muere cada año por causas directamente relacionadas a esta enfermedad. La cardiopatía isquémica afecta a hombres de edad mediana y avanzada; la mortalidad por esta causa es 20% más alta que en las mujeres y la población adulta mayor de 65 años es la más afectada.^{37,38}

Se estima que para el año 2030 morirán cerca de 23.3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías y accidente vascular cerebral; se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte.

La enfermedad cardiovascular constituye una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en México, ocasiona un serio problema de salud pública en varios países y contribuye sustancialmente al aumento de los costos de la atención de salud.

En México, esta enfermedad ha sido caracterizada epidemiológicamente gracias a las encuestas nacionales de salud. En el periodo comprendido entre 1993-2012, se han observado incrementos en la prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico.

La Encuesta de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC) informo sobre la prevalencia nacional en población mayor de 20 años para obesidad de 21.3%; 26.6% para hipertensión arterial; 30% para síndrome metabólico; y 35.5% para hipercolesterolemia. En 2000, 2006 y 2012 estas cifras se incrementaron significativamente. Las cifras de corte varían de 1993 y 2000 respecto a 2005 y 2012. (Cuadro 1)

Para 2012 poco más de 109 mil personas fallecieron a causa de alguna enfermedad del corazón, principalmente la población adulta mayor de 65 años y más con predominio en el sexo masculino. Los porcentajes de infarto agudo al miocardio y enfermedad isquémica del corazón también son más comunes en los hombres en comparación con las mujeres, sin embargo, en estas últimas, se muestran mayores porcentajes en la prevalencia de hipertensión arterial y otras enfermedades cerebrovasculares.^{5,39}

Los factores de riesgo cardiovascular, son responsables de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad general, tanto en el mundo como en México. Las muertes por enfermedades cardiovasculares afectan por igual a ambos sexos, y más de 80% se producen en países de ingresos bajos y medios.³⁶

Los factores de riesgo que se asocian con la enfermedad coronaria son la edad, sexo, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo, pero la lesión anatómico-patológica fundamental es la aterosclerosis, que se presenta con el transcurso de los años y provoca repentinamente episodios coronarios y cerebrovasculares agudos. Estos factores de riesgo se clasifican en modificables y no modificables según la posibilidad de influir sobre ellos.³¹ (Cuadro 2)

Cuadro 1. Prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico. México, 1993-2012

Causa	1993	2000		2006			2012			
	Total	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Obesidad	21.5	23.7	18.6	28.1	30.0	24.2	34.5	32.4	26.9	37.5
Hipercolesterolemia	35.3	23.6	*	*	26.5	22.7	28.8	13.0	11.7	14.1
Hipertensión arterial	23.8	30.7	32.6	29.0	30.8	32.4	33.3	31.5	31.1	30.8
Síndrome metabólico	30.0	43.0	*	*	*	*	*	*	*	*

Fuente: ENEC 1993, ENSA 2000, ENSANUT 2006, ENSANUT 2012.

*Información no disponible por género.

Cuadro 2. Clasificación de los factores de riesgo cardiovasculares

Factores de riesgo mayores	Edad y sexo Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (familiares 1er grado)	No modificables
	Tabaquismo Hipertensión arterial Diabetes mellitus Dislipidemias	Modificables
Factores de riesgo condicionantes	Obesidad Obesidad abdominal Sedentarismo Colesterol HDL <40mg/dl Triglicéridos >150 mg/Dl	

Se ha demostrado que la modificación de los factores de riesgo reduce la morbilidad y mortalidad en personas con riesgo cardiovascular, por lo que se requiere implementar programas que permitan un diagnóstico temprano así como la atención oportuna de la población que esté en riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular. Asimismo, que los programas de prevención y tratamiento consideren como eje principal la adopción de estilos de vida saludables, así como, establecer protocolos clínicos entre los profesionales de la salud.

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo y esto influye considerablemente en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en la salud general de la población mundial.⁴⁰

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 refieren no 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. La prevalencia de inactividad física en adultos de 20 a 69 años de edad, aumento significativamente 47.3% en los últimos seis años (2006-2012).⁵ Este fenómeno es similar al observado en otros países.

La actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares e hipertensión. Además, la actividad física es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso.^{40,41} Los factores de riesgo compartidos por estas enfermedades requieren un manejo integrado para alcanzar un adecuado control y mayor eficacia en su prevención.

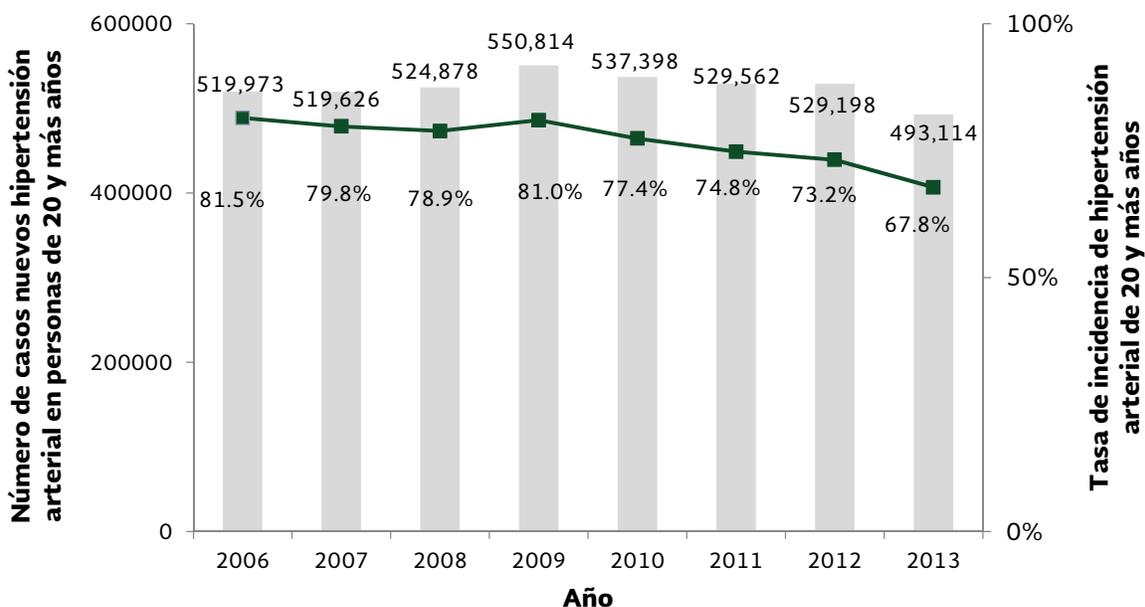
Hipertensión arterial

La presión arterial elevada acelera el desarrollo de enfermedad coronaria y contribuye en forma significativa a la patogénesis de accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y renal.

Según los resultados de la ENSANUT 2012, se estima que en el país hay 22.4 millones de la población adulta de 20 años o más que padece hipertensión arterial, de la cual únicamente 11.2 millones ha sido diagnosticada por un médico. De esta población que ha sido diagnosticada y que está en tratamiento, 5.7 millones presentaron cifras de tensión arterial que pueden considerarse como adecuadas.⁴¹

En el Gráfica 3, se observa la incidencia por hipertensión arterial en distintas regiones del país, comparadas por año desde el 2006 a 2011, en población adulta de 20 años y más. Las tasas varían de 81.5 a 74.8 en el periodo mencionado.

Gráfica 3. Incidencia de hipertensión arterial en personas de 20 y más años. México, 2006-2011

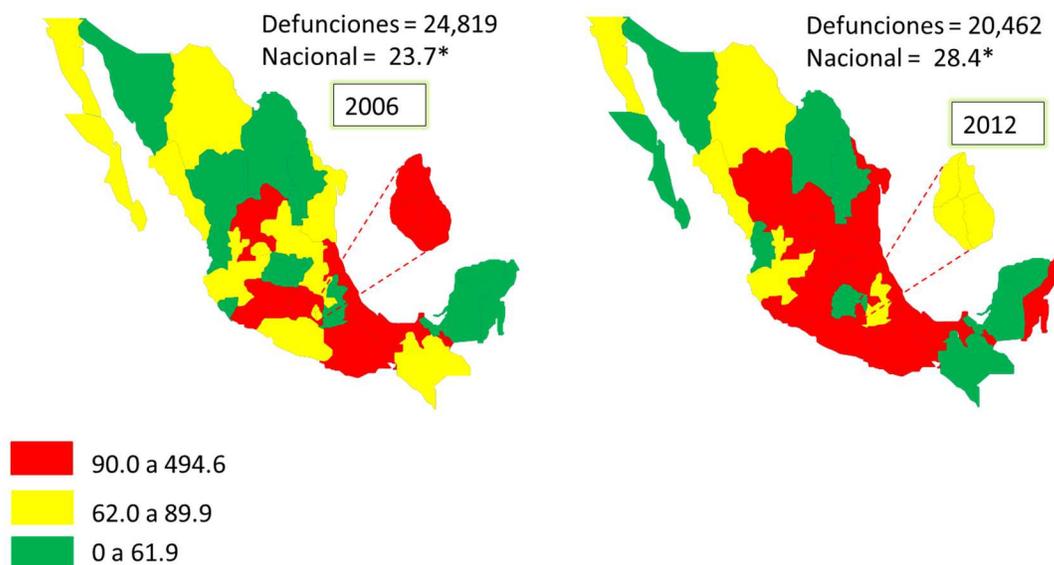


*Tasa por diez mil habitantes.

Fuente: SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos/Acceso al cierre 2006-2011.

En la Figura 3 podemos observar cuál ha sido la tasa bruta por hipertensión arterial como causa básica, hubo un incremento de casi 20% en el periodo de 2006 a 2012, siendo los estados del centro y sur quienes presentaron las tasas más altas.

Figura 3. Tasa bruta mortalidad por hipertensión arterial causa básica 2006 y 2012 por entidad federativa



* Tasa por un millón de habitantes.

Hipercolesterolemia

La aterosclerosis, juega un papel central en tres de las primeras cinco causas de muerte en México. Es un proceso multifactorial causado por condiciones que dañan al endotelio en forma crónica. La dislipidemias es un factor causal de la aterosclerosis cuya importancia ha sido demostrada en todos los grupos étnicos.⁴²

Las concentraciones de colesterol en sangre y su metabolismo, están determinados por características genéticas y factores adquiridos como dieta, balance calórico y nivel de actividad física.

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades asintomáticas, consideradas un factor de riesgo cardiovascular modificable. Las cifras anormales de colesterol, triglicéridos y/o colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) y/o colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad), que participan como factores de riesgo independientes en la fisiopatología de la aterosclerosis, son detectadas midiendo la concentración sanguínea de los lípidos que transportan las lipoproteínas.

La aterosclerosis y el proceso patológico que subyace lleva al desarrollo de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica; comienza tempranamente en la vida y progresa en forma gradual y

silenciosa durante la adolescencia y la vida adulta. Las complicaciones de la aterosclerosis, como los eventos cardiovasculares pueden conducir a la muerte, por lo general, sucede más en personas de edad media y principalmente en la población adulta mayor.

En México, las dislipidemias más frecuentes son concentraciones bajas de colesterol HDL y la hipertrigliceridemia. El 48.8% de la población adulta con edades entre 20 y 69 años que viven en zonas urbanas tienen concentraciones bajas (<35mg/dL) de colesterol-HDL (marcador clínico usado para estimar la concentración de las lipoproteínas de alta densidad). Además, el 42.3% tiene concentraciones altas de triglicéridos (>150mg/dL), y 27.1% concentraciones altas de colesterol (>200mg/dL).⁴³

La prevalencia de hipercolesterolemia en 1993 fue de 35.3; 42.6 para el 2000, 26.5 en el 2005 y 13.0 para el 2012.^{5,39}

Síndrome Metabólico

Constituye un conjunto de factores de riesgo asociados en una misma persona, es alto en la población mexicana e incluye hiperglucemias, dislipidemias, obesidad abdominal e hipertensión arterial.

Para el año 2000, las cifras disponibles mostraron que cuatro de cada diez personas de 20 años y más de la población mexicana (43.1%) presentaron este síndrome, con predominio en la población adulta menor de 40 años.

En el periodo comprendido por las Encuestas Nacionales de Salud (1993-2012), se observó una tendencia creciente en la prevalencia del “síndrome metabólico”, concepto que identifica los casos con mayor riesgo de desarrollar diabetes o enfermedad cardiovascular a mediano plazo.^{5,39}

La diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y la EVC representan las principales causas de muerte en nuestro país para el periodo 2010-2012. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Las 10 principales causas de mortalidad. México, 2010-2012

Orden	Descripción	Defunciones		
		2010	2011	2012
	Total	592,018	590,693	582,127
1	Diabetes mellitus	82,964	80,788	87,678
2	Enfermedades isquémicas del corazón	70,888	71,072	66,060
3	Enfermedad cerebrovascular	32,306	31,235	29,486
4	Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	28,369	28,392	27,104
5	Agresiones (homicidios)	25,757	27,213	20,643
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	23,797	22,595	20,691
7	Enfermedades hipertensivas	17,695	18,942	20,632
8	Accidentes de transporte	17,098	17,225	15,054
9	Infecciones respiratorias agudas bajas	17,131	16,401	18,873
10	Afecciones originadas en periodo perinatal	14,376	14,825	13,339

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2011 INEGI/SSA .SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud, Tabla Dinámica de Defunciones, 1979-2011. INEGI Consulta Interactiva de Datos, Defunciones Generales, Causas Detalladas CIE y Lista Mexicana de Enfermedades.

En el año 2000, las enfermedades cardiovasculares encabezadas por la enfermedad isquémica del corazón, la cerebrovascular y la hipertensiva ocuparon respectivamente el segundo, cuarto y décimo lugar dentro de las principales causas de muerte. En conjunto, alcanzaron un total de 78,857 defunciones, lo que corresponde a 17.4% del total de fallecimientos registrados durante ese año.

En el 2000, las tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón fue de 43.5; para la enfermedad cerebrovascular de 25.2 y enfermedad hipertensiva de 23.7; para el 2006, la tasa fue de 51.3, 37.5 y 23.7 respectivamente y para el 2012, 96.1, 40.3 y 28.4 respectivamente. (Cuadro 4)

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares describe un patrón de comportamiento que ha concentrado las cifras más altas en las entidades federativas del norte y centro del país.

Cerca de 30% de las muertes en México son resultado de ECNT, las cuales comparten factores de riesgo que deben ser atendidos de manera conjunta.³⁹

Cuadro 4. Mortalidad por enfermedad isquémica, cerebrovascular, enfermedad hipertensiva. México, 2000, 2006, 2012, 2013

Causa Básica	2000		2006		2012		2013	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Enfermedad isquémica del corazón	43,753	43.5	53,823	51.3	69,459	96.1	68,952	93.3
Enfermedad cerebrovascular	25,357	25.2	39,295	37.5	29,161	40.3	27,392	37
Enfermedad hipertensiva	9,747	9.7	24,819	23.7	20,532	28.4	20,462	27.6

*Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Anuarios de mortalidad SEED/DGE SS/INEGI, 2000, 2006, 2012, 2013.

III.3 Avances 2006-2012

En los periodos del 2006 al 2012, el Sistema Nacional de Salud se ha enfocado en la reducción de la morbilidad y mortalidad causadas por la hipertensión arterial, así como al establecimiento de lineamientos homogéneos para el diagnóstico y manejo de los casos detectados. Realizando campañas de difusión y comunicación educativa para el autocuidado de la salud, aplicando encuestas para el tamizaje de factores de riesgo en personas de 20 y más años, capacitación del personal de salud.

Existe por parte del Sistema Nacional de Salud una respuesta a la importancia que tiene el riesgo cardiovascular y otras ECNT en los usuarios de servicios y población general, funcionan 7,059 Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de enfermedades crónicas de la Secretaría

de Salud, con un total de 172,595 integrantes. Los GAM acreditados fueron de 2,116 con un promedio de 50,784 beneficiarios.

III.4 Retos 2013-2018

Con la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, se pretende contar con una estructura de organización que incluya un modelo integrado de acciones sectoriales e institucionales para alcanzar una mayor eficacia, que permita a su vez, atender con esquemas de manejo integrado estas enfermedades y sus complicaciones.



Los desafíos para México en materia de obesidad y riesgo cardiovascular son de gran magnitud y complejidad. Se sabe que para enfrentarlos, se requiere desarrollar y fortalecer una nueva cultura de la salud y diseñar acciones innovadoras de prevención, detección y control de los padecimientos, es por ello que se lanzó la Estrategia como objetivo primordial para subsanar y contener los problemas de salud pública que afecta a la población mexicana.

Dentro de los retos para el periodo 2013-2018 se encuentran:

- Mejorar los mecanismos de rectoría en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar infraestructura (recursos humanos, financieros y de equipamiento en salud) para la prevención, detección, control y tratamiento del sobrepeso y sus efectos secundarios, obesidad y riesgo cardiovascular en el Sistema Nacional de Salud.
- Contribuir en la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, a través de la detección oportuna y control de la hipertensión arterial.
- Modificar los patrones de consumo privilegiando los alimentos con baja densidad energética, bajo contenido de grasa animal y bajo contenido de sal; incrementar la actividad física; evitar el consumo de tabaco (activo y pasivo); moderar el consumo de alcohol, además del acceso y utilización de los servicios.
- Mejorar la cobertura y registro de detección y control de la población con sobrepeso y obesidad en las unidades del Sistema Nacional de Salud.

Medidas aplicables a la población general

Las acciones legislativas, académicas, fiscales y educativas, son instrumentos que garantizan el desarrollo de habilidades y conocimientos a las próximas generaciones para adquirir estilos de vida saludables las cuales son prioritarias para establecer alianzas con diferentes segmentos de la sociedad y lograr la participación activa de los sectores público y privado, medios de comunicación, órganos legislativos y otras dependencias no gubernamentales que faciliten el desarrollo de intervenciones a fin de favorecer una adecuada orientación alimentaria y promoción de la actividad física.

Medidas aplicables a población en riesgo

Como población en riesgo para enfermedades cardiovasculares, se consideran a la población con historia familiar de riesgo cardiovascular, cardiopatía isquémica prematura y antecedentes personales de tabaquismo, hipercolesterolemia y edad mayor a 44 años en hombres y 54 años en mujeres. Las medidas aplicables a la población en riesgo para obesidad y enfermedad cardiovascular son:

1. Detección oportuna,
2. Evaluación integral,
3. Educación en salud,
4. Vigilancia de la adherencia al tratamiento y
5. Existencia de mejores fármacos para el tratamiento y control de enfermedades cardiovasculares.

Por ello, las estrategias diseñadas para la prevención y control de enfermedades cardiovasculares pueden tener efectos positivos sobre otras ECNT como la diabetes. Un ejemplo es la adquisición de estilos de vida saludables que inciden en conjunto en las ECNT.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018

El PND⁴⁴ considera que la tarea del desarrollo y del crecimiento corresponde a todos los actores, todos los sectores y todas las personas del país.

El Programa se vincula al PND 2013-2018 en la Meta Nacional México Incluyente, en el objetivo Asegurar el acceso a los Servicios de Salud. Asimismo, con estrategias con las líneas de acción que se presentan a continuación, (Cuadro 5)

La Meta Nacional, México Incluyente propone enfocar la acción de Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar brechas de desigualdad social que aún nos dividen. El objetivo es que se integre una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad sustantiva.

Cuadro 5. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	3. Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El PAE Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018 se vincula con el Programa Sectorial de Salud con las siguientes Estrategias y líneas de Acción. (Cuadro 6).

La salud es una condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano al permitir que la población desarrolle todo su potencial a lo largo de la vida. Para ello, es crucial cumplir con las metas nacionales definidas en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013 – 2018.⁴⁵

La salud reduce la carga económica de las enfermedades e incrementa la productividad laboral. Para alcanzar un México Incluyente, deben atenderse las diferencias innecesarias, evitables e injustas que todavía existen en nuestro país.

Cuadro 6. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivo del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
<p>1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p>	<p>1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.</p>	<p>1.1.4. Impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo.</p>	<p>3. Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.</p>
		<p>1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.</p>	
	<p>1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.</p>	<p>1.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.</p>	<p>1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.</p>
		<p>1.2.2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social.</p>	
		<p>1.2.3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.</p>	
		<p>1.2.4. Promover la creación de espacios para la realización de actividad física.</p>	
		<p>1.2.5. Adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.</p>	
<p>1.2.6. Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes.</p>	<p>1.2.7. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.</p>		

Objetivo del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE	
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.	2.1.1. Promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el Sistema Nacional de Salud.	4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.	
		2.1.2. Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.		
		2.1.3. Fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutive en las unidades de atención.		
	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.	2.2.3. Incorporar el enfoque preventivo en los servicios de salud de todos los niveles de atención.		1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.
		2.2.4. Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive.		
		2.2.6. Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.		
	2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.	2.3.1. Fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes de servicios.	2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.	
	2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad.	2.6.3. Implementar programas de distribución de medicamentos que alineen los incentivos de las instituciones de todos los participantes.		
		2.6.4. Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos.		
	2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	2.7.1. Fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT.		
		2.7.2. Fomentar la detección oportuna en poblaciones de riesgo.		
		2.7.3. Instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral.		
		2.7.4. Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto.		
2.7.5. Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.				



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.
2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.
3. Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.
4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.

Objetivo 1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.

Por su magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento y las presiones que ejercen sobre el Sistema Nacional de Salud, el sobrepeso, la obesidad y las ECNT, representan una emergencia sanitaria, además de que afectan de manera importante la productividad y desarrollo económico como país, para la detección temprana de enfermedades no transmisibles es necesario fortalecer la capacitación a los recursos humanos; incorporando la prevención y control de estas enfermedades en la formación de todo el personal sanitario, poniendo el énfasis en la atención primaria de salud.

Estrategia 1.1. Impulsar la prevención de obesidad y riesgo cardiovascular, para abordar en conjunto las ECNT y sus determinantes.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Fomentar la investigación, desarrollo de modelos y programas tendientes a la mejora continua de acciones de prevención y control.
- 1.1.2. Coordinar grupos de trabajo sectoriales multidisciplinares que incidan en determinantes sociales para la prevención y control de ECNT.
- 1.1.3. Promover la creación de organismos colegiados de prevención y control.
- 1.1.4. Dar el seguimiento y evaluación de las acciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud.
- 1.1.5. Realizar acciones para evitar o retrasar las complicaciones en personas con sobrepeso/obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y síndrome metabólico.
- 1.1.6. Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado del paciente con obesidad y riesgo cardiovascular.
- 1.1.7. Promover la organización de la Semana Nacional del Corazón.

Objetivo 2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.

El número de pacientes con hipertensión controlados, se puede alcanzar mediante esfuerzos compartidos de manera intrainstitucional e intersectorial, garantizando el acceso eficiente de insumos, aunado a la capacitación del personal y la incorporación de las innovaciones en tecnologías.

Estrategia 2.1. Incrementar el número de unidades en el primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos, recursos humanos, para la atención integral de la obesidad y riesgo cardiovascular.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Supervisar el cumplimiento del modelo de UNEME EC en clínicas de diabetes, obesidad y riesgo cardiovascular en las entidades.
- 2.1.2. Promover la gestión de la plantilla del personal multidisciplinario para la atención de pacientes en las entidades.
- 2.1.3. Promover la gestión para el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos en la atención primaria.

Objetivo 3. Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.

Dado que la obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, es importante incrementar los esfuerzos por una alimentación correcta y actividad física promoviendo la participación federal, estatal y municipal para orientar a la población en conductas saludables que favorezcan la reducción y control del peso.

Estrategia 3.1. Realizar acciones que contribuyan a la adopción de conductas saludables en la población.

Líneas de acción:

- 3.1.1. Difundir las recomendaciones de los alimentos saludables en los centros escolares, laborales y comunitarios.
- 3.1.2. Impulsar el desarrollo de actividades de capacitación del personal de salud en actividad física y alimentación correcta.
- 3.1.3. Desarrollar acciones educativas y eventos masivos para promover estilos de vida saludables con perspectiva de género.
- 3.1.4. Otorgar orientación y consejería, para promover el autocuidado e identificar factores de riesgo en unidades médicas, escuelas y centros laborales.
- 3.1.5. Promover la creación de espacios para actividad física con perspectiva de género.

Objetivo 4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.

La obesidad y el riesgo cardiovascular son problemas complejos y multifactoriales, cuya naturaleza involucra al sector público, privado y social, así como al individuo.

Estrategia 4.1. Fortalecer la captura de los datos en los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y seguimiento para la toma de decisiones en obesidad y riesgo cardiovascular.

Líneas de acción:

- 4.1.1. Monitorear la notificación de casos nuevos en obesidad y riesgo cardiovascular.

Estrategia 4.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Líneas de acción:

- 4.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las ECNT con cobertura nacional, estatal y local.
- 4.2.2. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.

V.2 Estrategias Transversales

Perspectiva de género

El presente Programa contribuye al cumplimiento de la Estrategia Transversal de Perspectiva de Género del PND 2013-2018 al enfocar las acciones de alimentación y actividad física saludables en mujeres y hombres reconociendo sus diferencias biológicas, físicas y sociales.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

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

Elemento	Características					
Indicador 1	Porcentaje de detección de hipertensión arterial en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.					
Objetivo del PAE	Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.					
Descripción general	Se refiere al porcentaje de detecciones de hipertensión arterial en población de 20 años y más.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de detecciones de hipertensión arterial en la población de 20 años y más, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) / Denominador: Total de detecciones de hipertensión arterial programadas en la población de 20 años y más, responsabilidad del SNS de Salud por 100.					
Periodicidad	Trimestral.					
Fuente	Sistema de Información Institucional.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	33%	33%	33%	33%	33%	33%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
23%			33% Anual			

Elemento	Características						
Indicador 2	Porcentaje de detección dislipidemias, en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.						
Objetivo del PAE	Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.						
Descripción general	Se refiere al porcentaje de detecciones de dislipidemias (alteración de colesterol total o triglicéridos) en población de 20 años y más.						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de detecciones de dislipidemias en la población de 20 años y más, en el SNS / Denominador: Total de detecciones de dislipidemias (alteración colesterol total o triglicéridos) programadas en la población de 20 años y más, responsabilidad del SNS por 100.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información Institucional.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	2%	3%	4%	5%	6%	7%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
NA				7%			

Elemento	Características						
Indicador 3	Porcentaje de detección de obesidad, en población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud.						
Objetivo del PAE	Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.						
Descripción general	Se refiere al porcentaje de detecciones de obesidad en población de 20 años y más.						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de detecciones de obesidad, en la población de 20 años y más, en la Secretaría de Salud / Denominador: Total de detecciones de obesidad programadas en la población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud por 100.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información Institucional.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	33%	33%	33%	33%	33%	33%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
NA				33% Anual			

Elemento	Características					
Indicador 4	Incremento de casos de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de salud.					
Objetivo del PAE	Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.					
Descripción general	Describe los casos de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento en la población de 20 años y más. Se considera incrementos anuales, como metas intermedias; estos se irán acumulando hasta alcanzar el 40% en 2018.					
Observaciones	Método de cálculo: Diferencia de ingresos a tratamiento de casos de hipertensión arterial en comparación con el año previo.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Sistema de Información en Salud.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	28%	30%	32.5%	35%	37.5%	40%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
28%			40%			

Elemento	Características						
Indicador 5	Porcentaje del control de la hipertensión arterial en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.						
Objetivo del PAE	Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.						
Descripción general	<p>Mide el control de la hipertensión arterial en la población en tratamiento población de 20 años y más.</p> <p>La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, especifica las cifras para la clasificación de pacientes en control.</p> <p>Se consideran incrementos anuales, mismos que se visualizan en la parte de abajo como metas intermedias; estos se irán acumulando en comparación de la basal hasta alcanzar el 60%.</p>						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de personas con hipertensión arterial de 20 años y más en control, responsabilidad del SNS / Denominador: Número de personas con hipertensión arterial en tratamiento de 20 años y más, responsabilidad del SNS multiplicado por 100.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información en Salud.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	40%	44%	48%	52%	56%	60%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
40%				60%			

Elemento	Características						
Indicador 6	Contener el porcentaje de obesidad en hombres y mujeres de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.						
Objetivo del PAE	Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.						
Descripción general	Mide la diferencia de prevalencia de obesidad en el año 2018 en la población de 20 años y más en el Sistema Nacional de Salud respecto a la obtenida en el año 2012.						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Diferencia de prevalencia de obesidad en el año 2018 en la población de 20 años y más en el SNS / Denominador: Prevalencia obtenida en el año 2012 en la población de 20 años y más en el SNS por 100.						
Periodicidad	Sexenal.						
Fuente	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 y 2018.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	<32.4%	<32.4%	<32.4%	<32.4%	<32.4%	<32.4%	
Línea base 2012			Meta Sexenal				
32.4%			<32.4%				

Elemento	Características						
Indicador 7	Incremento de casos de obesidad que ingresan a tratamiento responsabilidad de la Secretaría de Salud.						
Objetivo del PAE	Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.						
Descripción general	Describe los casos de obesidad en la población de 20 años y más que ingresan a tratamiento. Se consideran incrementos anuales, como metas intermedias; estos se irán acumulando hasta alcanzar el 40% en 2018.						
Observaciones	Método de cálculo: Porcentaje de cambio de ingresos a tratamiento de casos de obesidad en comparación con el año previo.						
Periodicidad	Anual.						
Fuente	Sistema de Información en Salud.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	28%	30%	32.5%	35%	37.5%	40%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
28%				40%			

Elemento	Características							
Indicador 8	Porcentaje del control de la obesidad en la población de 20 años y más en tratamiento responsabilidad de la Secretaría de Salud.							
Objetivo del PAE	Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.							
Descripción general	<p>Mide el control de la obesidad en la población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud.</p> <p>La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, especifica las cifras para la clasificación de pacientes en control.</p>							
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de personas con obesidad de 20 años y más en control responsabilidad de la SSA / Denominador: Número de personas de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad de la SSA por 100.							
Periodicidad	Trimestral.							
Fuente	Sistema de Información en Salud.							
Referencias adicionales	CENAPRECE							
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
	22%	25%	27%	32%	37%	40%		
Línea base 2012				Meta Sexenal				
20%				40%				

Elemento	Características							
Indicador 9	Incremento de casos de dislipidemias que ingresan a tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.							
Objetivo del PAE	Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.							
Descripción general	Describe los casos de dislipidemias que ingresan a tratamiento en la población de 20 años y más. Se consideran incrementos anuales, mismos que se visualizan en la parte de abajo como metas intermedias, estos se irán acumulando hasta alcanzar el 35% en el 2018.							
Observaciones	Método de cálculo: Porcentaje de cambio de ingresos a tratamiento de casos de dislipidemias en comparación con el año previo.							
Periodicidad	Anual.							
Fuente	Sistema de Información en Salud.							
Referencias adicionales	CENAPRECE							
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
	30%	31%	32%	33%	34%	35%		
Línea base 2012				Meta Sexenal				
28%				35%				

Elemento	Características						
Indicador 10	Porcentaje del control de dislipidemias en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad en la Secretaría de Salud.						
Objetivo del PAE	Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.						
Descripción general	Control de dislipidemias en la población de 20 años y más en tratamiento.						
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de personas con dislipidemias en la población de 20 años y más, en control, responsabilidad de la SSA / Denominador: Número de personas con dislipidemias en tratamiento en la población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud por 100.						
Periodicidad	Trimestral.						
Fuente	Sistema de Información en Salud.						
Referencias adicionales	CENAPRECE						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	25%	30%	37%	45%	55%	60%	
Línea base 2012				Meta Sexenal			
20%				60%			



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna ante las necesidades o problemas que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles demandan. En este sentido se estaría hablando de una corresponsabilidad conjunta entre las Instituciones de Salud que brindan intervenciones de prevención de las ECNT y la atención, y en consecuencia la responsabilidad de las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud, lo cual se presenta a continuación en la matriz de corresponsabilidad externa.

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, con colaboración de la sociedad civil y el sector privado.

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

La matriz de corresponsabilidad interna se encuentra en el Anexo 2.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.								
Indicador 1	Porcentaje de detección de hipertensión arterial en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	Meta 1	33% Anual							
Indicador 2	Porcentaje de detección dislipidemias, en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	Meta 2	7%							
Indicador 3	Porcentaje de detección de obesidad, en población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Meta 3	33% Anual							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Fomentar la investigación, desarrollo de modelos y programas tendientes a la mejora continua de acciones de prevención y control.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.2.	Coordinar grupos de trabajo sectoriales multidisciplinarios que incidan en determinantes sociales para la prevención y control de ECNT.	✓	✓	✓						
1.1.3.	Promover la creación de organismos colegiados de prevención y control.	✓	✓	✓						
1.1.4.	Dar el seguimiento y evaluación de las acciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.5.	Realizar acciones para evitar o retrasar las complicaciones en personas con sobrepeso/obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y síndrome metabólico.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.6.	Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado del paciente con obesidad y riesgo cardiovascular.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.7.	Promover la organización de la Semana Nacional del Corazón.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Objetivo 2		Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.								
Indicador 4	Incremento de casos de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de salud.	Meta 4	40%							
Indicador 5	Porcentaje del control de la hipertensión arterial en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	Meta 5	60%							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Supervisar el cumplimiento del modelo de UNEME EC en clínicas de diabetes, obesidad y riesgo cardiovascular en las entidades.	✓	✓							
2.1.2.	Promover la gestión de la plantilla del personal multidisciplinario para la atención de pacientes en las entidades.	✓	✓							
2.1.3.	Promover la gestión para el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos en la atención primaria.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Objetivo 3	Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.									
Indicador 6	Contener el porcentaje de obesidad en hombres y mujeres de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	Meta 6	<32.4%							
Indicador 7	Incremento de casos de obesidad que ingresan a tratamiento responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Meta 7	40%							
Indicador 9	Incremento de casos de dislipidemias que ingresan a tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Meta 9	35%							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Difundir las recomendaciones de los alimentos saludables en los centros escolares, laborales y comunitarios.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.1.2.	Impulsar el desarrollo de actividades de capacitación del personal de salud en actividad física y alimentación correcta.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.1.3.	Desarrollar acciones educativas y eventos masivos para promover estilos de vida saludables con perspectiva de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3.1.4.	Otorgar orientación y consejería, para promover el autocuidado e identificar factores de riesgo en unidades médicas, escuelas y centros laborales.	✓	✓				✓			

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.5.	Promover la creación de espacios para actividad física con perspectiva de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	IMSS oportunidades, SEMAR, SEDENA, PEMEX, ISSSTE. No en ámbito comunitario.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Objetivo 4		Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.									
Indicador 8		Porcentaje del control de la obesidad en la población de 20 años y más en tratamiento responsabilidad de la Secretaría de Salud.					Meta 8	40%			
Indicador 10		Porcentaje del control de dislipidemias en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad en la Secretaría de Salud.					Meta 10	60%			
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Observaciones	
No.	Descripción										
4.1.1.	Monitorear la notificación de casos nuevos en obesidad y riesgo cardiovascular.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4.2.1.	Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las ECNT con cobertura nacional, estatal y local.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4.2.2.	Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	IMSS oportunidades, SEMAR, SEDENA, PEMEX, ISSSTE. No en ámbito comunitario.	



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CENAPRECE: www.cenaprece.salud.gob.mx y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera JA, Barquera S, Gonzalez-Cossio T, Olaiz G, Sepulveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr Rev* 2004; 62 (7 Pt 2):S149-57.
2. Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Melendez, JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas PM, Hernández AM, León-May ME, Vivanco JA Aguilar-SC. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Publica Mex*; 2008; 50:419-427.
3. Epping-Jordan, Galea G, Tukuitonga C, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet* 2005; 366: 1667-1671.
4. The CDC Diabetes Cost-effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol reduction for type 2 diabetes. *JAMA* 2002; 287: 2542-2551.
5. Secretaría de Salud. ENSANUT 2012 [Internet], México, D.F. 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
6. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. 2013. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
7. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Primera edición, enero 2010. México D.F.
8. Estados Unidos Mexicanos. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/index.php?year=1917&month=02&day=05>
9. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. 1984. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
10. Estados Unidos Mexicanos. Ley de Planeación. 1983. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/59.pdf>
11. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. 1986. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5174301&fecha=10/01/2011
12. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 1986. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptam.html>
13. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de Insumos para la Salud. 1988. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ris.html>
14. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. 2011 [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r270503.html>
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. 1999. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
16. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. 2012.

- [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012
 18. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad. 1998.[Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/173ssa18.html>
 19. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
 20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. 2010. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
 21. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 2010. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
 22. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 2009. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642&fecha=31/05/2010
 23. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012
 24. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 2012. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
 25. Secretaría de Salud. Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2011. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/convenios/2011/Declaración_Ministerial.pdf
 26. Estados Unidos Mexicanos. Programa Nacional de Salud. 2001-2006.[Internet], México, D.F. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf
 27. Secretaría de Salud. Programa de acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. Primera edición 2001. [Internet], México, D.F. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/enf_cardiovasculares.pdf
 28. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Riesgo Cardiovascular 2007-2012. [Internet], México, D.F. 2007. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/riesgo-cardiovascular>
 29. Organización Mundial de la Salud. 2008-2013. Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>
 30. Organización Mundial de la Salud. (2013). Centro de Prensa. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva No.311. Mayo 2012.[Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
 31. Rivera-Dommarco JA, Hernández-Avila, et al. Obesidad en México, Recomendaciones para una política de estado, 1era Edición: 2012. UNAM.
 32. Secretaría de Salud. ENSANUT 2006 [internet], México, DF 2006, disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
 33. Barrera-Cruz A, Ávila-Jiménez L, Cano-Pérez E, Molina-Ayala MA, Parrilla-Ortiz JI, Ramos-Hernández RI, et al. Guía para el control del sobrepeso y la obesidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):344-57.

34. Barquera, Simón, Campos-Nonato, Ismael, Hernández-Barrera, Lucía, Pedroza-Tobías, Andrea, Rivera-Dommarco, Juan A. Prevalencia de Obesidad en adultos Mexicanos, ENSANUT 201. Salud Pública de México 2013, 55(2).
35. Velázquez-Monroy O, Barinagarrementería-Aldatz F, Rubio-Guerra AF, et al. Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. Archivos Cardiología de México 2007;77(1):31-39.
36. Organización Mundial de la Salud. [Internet], México, D.F. Disponible en: <http://www.who.int/features/pacfactfiles/obesity/es/>
37. Organización Mundial de la Salud. Health statistics and information systems.Globalhealthrisks.[Internet], México, D.F. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/
38. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. Salud Pública de México 2002;44:266-83.
39. Secretaria de Salud, INSP México DF, disponible en: <http://insp.mx/encuestoteca.html>
40. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, OMS, 2010.[Internet] Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
41. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Secretaría de Salud, México, 2012.
42. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomized placebo controlled trial. Lancet; 2002;360:7-22.
43. Aguilar-Salinas CA, Gómez-Pérez FJ, Lerman I, Pérez O, Posadas C. Diagnóstico y tratamiento de las Dislipidemias; Postura de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Revista de Endocrinología y Nutrición; 2004;12:7-41.
44. Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. [Internet], México, D.F. 2013. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>.
45. Estados Unidos Mexicanos. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. [Internet], México, D.F. 2013. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html>

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
ENEC	Encuesta de Enfermedades Crónicas
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
NSE	Nivel Socioeconómico
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RCV	Riesgo Cardiovascular
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud

SNS	Sistema Nacional de Salud
SSA	Secretaría de Salud.
UAE	Unidad de Análisis Económico.
UNEME EC	Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

Adherencia terapéutica. A la observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad.

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

Alimentación correcta. A los hábitos alimentarios que de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades.

Atención médica. Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Aterosclerosis. A la variedad de arteriosclerosis, en la que existe infiltración de la íntima con macrófagos cargados de grasa, proliferación de células musculares con fibrosis y reducción de la luz del vaso sanguíneo. Algunas placas pueden llegar a calcificarse. Existe daño endotelial y predisposición para la formación de trombos. Es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes e hipertensión arterial y causa importante de muerte.

Atención primaria a la salud. A los servicios que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad para preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución.

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

Comunicación Educativa. Al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

Detección o tamizaje. A la búsqueda activa de personas con hipertensión arterial no diagnosticada, o bien en alto riesgo de desarrollarla.

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

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

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

Dieta. Al conjunto de alimentos, que se consumen al día.

Dislipidemias. A la alteración de la concentración normal de los lípidos en la sangre.

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

Ejercicio. Es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objeto relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.

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

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

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

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

Estilo de vida saludable. Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

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

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

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

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

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

Hipertensión arterial sistémica. Al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $>140/90$ mm Hg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mm Hg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gramos e insuficiencia renal $> 125/75$ mm Hg

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

Índice de masa corporal o índice de Quetelet. Al peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (kg/m^2).

Ingresos. A los casos nuevos de HAS que se incorporan a tratamiento en una unidad médica del Sistema Nacional de Salud.

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

Manejo integral. Al establecimiento de metas del tratamiento, manejo no farmacológico y farmacológico, educación del paciente, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones.

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

Microalbuminuria. A la excreción urinaria de albúmina entre 20 y 450 mg durante 24 horas, o bien de 15 a 300 $\mu\text{g}/\text{min}$ más de una ocasión, en un paciente en ausencia de traumatismo o infección renal.

Nivel socioeconómico. Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social, individual o familiar en relación a otras personas basada en sus ingresos, educación y empleo.

Obesidad. a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un índice de masa corporal igual o mayor a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$.

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el índice de masa corporal se encuentra desde la percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS. Peso corporal, de acuerdo con el IMC se clasifica de la siguiente manera: $\text{IMC} >18$ y <25 peso recomendable, $\text{IMC} >25$ y <27 sobrepeso e $\text{IMC} >27$ obesidad.

Orientación alimentaria. Al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta en el ámbito individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

Participación Social. Al proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

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

Primer nivel de atención. A las unidades de primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente. Sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la detección y al tratamiento temprano de las enfermedades.

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

Presión arterial. A la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial.

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

Primer nivel de atención. A las unidades de atención que constituyen la entrada a los servicios de salud; están orientadas primordialmente a la promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento temprano de las enfermedades de mayor prevalencia.

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

Síndrome metabólico. A las diversas manifestaciones y entidades con una característica común: resistencia a la insulina. Dentro de estas entidades se encuentran: hipertensión, obesidad, dislipidemias, hiperuricemia, diabetes o intolerancia a la glucosa, elevación de fibrinógeno, microalbuminuria, elevación del factor de von Willebrand, elevación de ferritina y aumento del PAI-1.

Sobrepeso. Al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m²

En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.

Tratamiento integral. Al conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad. Incluye el tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en su caso, quirúrgico, orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir la comorbilidad y mejorar la calidad de vida del paciente.

ANEXOS

Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1		Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.						
Indicador 1	Porcentaje de detección de hipertensión arterial en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	Meta 1	33%					
Indicador 2	Porcentaje de detección dislipidemias, en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	Meta 2	7%					
Indicador 3	Porcentaje de detección de obesidad, en población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Meta 3	33%					
Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	Observaciones
No.	Descripción							
1.1.1.	Fomentar la investigación, desarrollo de modelos y programas tendientes a la mejora continua de acciones de prevención y control.	✓		✓		✓		
1.1.2.	Coordinar grupos de trabajo sectoriales multidisciplinarios que incidan en determinantes sociales para la prevención y control de ECNT.	✓		✓				
1.1.3.	Promover la creación de organismos colegiados de prevención y control.	✓		✓				
1.1.4.	Dar el seguimiento y evaluación de las acciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud.	✓	✓	✓				

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	Observaciones
No.	Descripción							
1.1.5.	Realizar acciones para evitar o retrasar las complicaciones en personas con sobrepeso/obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y síndrome metabólico.	✓	✓	✓				
1.1.6.	Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado del paciente con obesidad y riesgo cardiovascular.	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.7.	Promover la organización de la Semana Nacional del Corazón.	✓	✓	✓				

Objetivo 2		Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.							
Indicador 4		Incremento de casos de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de salud.					Meta 4	40%	
Indicador 5		Porcentaje del control de la hipertensión arterial en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.					Meta 5	60%	
Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	CSSP	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.1.	Supervisar el cumplimiento del modelo de UNEME EC en clínicas de diabetes, obesidad y riesgo cardiovascular en las entidades.	✓		✓					
2.1.2.	Promover la gestión de la plantilla del personal multidisciplinario para la atención de pacientes en las entidades.	✓		✓					
2.1.3.	Promover la gestión para el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos en la atención primaria.	✓	✓	✓					

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Objetivo 3	Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.								
Indicador 6	Contener el porcentaje de obesidad en hombres y mujeres de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	Meta 6	<32.4%						
Indicador 7	Incremento de casos de obesidad que ingresan a tratamiento responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Meta 7	40%						
Indicador 9	Incremento de casos de dislipidemias que ingresan a tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Meta 9	35%						
Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	DGIS	Observaciones
No.	Descripción								
3.1.1.	Difundir las recomendaciones de los alimentos saludables en los centros escolares, laborales y comunitarios.	✓		✓		✓			
3.1.2.	Impulsar el desarrollo de actividades de capacitación del personal de salud en actividad física y alimentación correcta.	✓		✓					
3.1.3.	Desarrollar acciones educativas y eventos masivos para promover estilos de vida saludables con perspectiva de género.	✓		✓		✓			
3.1.4.	Otorgar orientación y consejería, para promover el autocuidado e identificar factores de riesgo en unidades médicas, escuelas y centros laborales.	✓		✓		✓			
3.1.5.	Promover la creación de espacios para actividad física con perspectiva de género.	✓		✓		✓			

Objetivo 4		Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.							
Indicador 8		Porcentaje del control de la obesidad en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.				Meta 8		40%	
Indicador 10		Porcentaje del control de dislipidemias en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad en la Secretaría de Salud.				Meta 10		60%	
Línea de acción		SESA	SPPS	CENAPRECE	DGE	DGPS	COFEPRIS	DGIS	Observaciones
No.	Descripción								
4.1.1.	Monitorear la notificación de casos nuevos en obesidad y riesgo cardiovascular.	✓		✓	✓			✓	
4.2.1.	Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las ECNT con cobertura nacional, estatal y local.			✓		✓			
4.2.2.	Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.	✓		✓					



PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD Y
RIESGO CARDIOVASCULAR

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.