



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Implementación de las políticas públicas de obesidad en México:
Un análisis de su desempeño. (2010 – 2021)

Tesis para obtener el grado de Maestría en Derecho
con terminal en Ciencia Política.

Licenciada en Salud Pública: Carolina Fernández Oropeza.

Director de tesis: Dr. Benjamín Revuelta Vaquero.

Morelia, Michoacán, noviembre, 2021

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios (a), por la misericordia que vierte sobre mí, por la guía que me ofrece y por construir una red de apoyo que me ha permitido continuar con este proceso de aprendizaje. Reitero que el conocimiento obtenido en este grado, no es para engrandecer mi ego, sino para ponerlo al servicio de aquellos que lo necesiten.

Agradezco a mi madre Rosalba, por ser un ejemplo de fortaleza, disciplina y amor. Por recordarme que mi mayor objetivo es el servicio y animarme en los momentos en los que creo no tener las habilidades para continuar.

Agradezco a mi padre Ramón, por ubicarme en la realidad para no perderme en la ilusión de la arrogancia y la soberbia. Por mostrarme que la humildad es un valor que otorga nobleza y tolerancia, y recordarme que la sociedad está carente en demasía de ello.

Agradezco a mis hermanos Nimai, Pradyumna y Arjuna, por enseñarme con su ejemplo que nada es imposible. Por mostrarme que los sueños pueden ser alcanzados y que la persistencia es nuestro mejor aliado.

Agradezco a mi compañero de vida Diego, por creer que lo lograría, por estar conmigo en los momentos más difíciles, por animarme a no desistir y acompañarme con alegría y enseñanzas.

Agradezco a mi director de tesis el Dr. Benjamín Revuelta por ser estricto, por impulsarme a mejorar y enseñarme que el trabajo puede tener dos grandes elementos: rapidez y calidad. Su labor sobre mi aprendizaje no se limitará a un tiempo en específico, sino a una enseñanza que perdurará por el resto de mi vida y estará presente en cada uno de los proyectos que Dios (a) prepare para mí.

Agradezco a mi profesora del SAM la Dra. María Teresa Vizcaíno, por todos sus consejos y observaciones, pero sobre todo por su tolerancia, por ayudarme semestre con semestre a eliminar errores que no lograba superar y aun así mantener ese trato amable y humano.

Agradezco a mi alma mater la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Por ofrecerme una oportunidad de educación, por poner a mi disposición sus instalaciones, su cuerpo de docentes y las herramientas para mi aprendizaje, por sembrar en mí el hambre de conocimiento, por hacerme consciente de la responsabilidad social que tengo al estudiar en una universidad pública. Por darme una formación en Salud Pública y, ahora, por darme una oportunidad en el Posgrado de Derecho.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por contribuir a mis estudios. Por permitirme entregar mi tiempo y dedicación a fortalecer mis conocimientos. Ya que gracias a su apoyo y financiamiento este logro se ha materializado.

ÍNDICE

RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	XII

CAPÍTULO PRIMERO CONCEPTOS APLICABLES A LA MATERIA

1.1 Las visiones generales del Estado.....	15
1.1.1 Estado moderno.....	19
1.1.2 Funciones del Estado.....	21
1.1.3 Estado mexicano.....	22
1.2 Política pública.....	24
1.2.1 Fases de la política pública.....	26
1.2.2 Tipos de políticas públicas.....	29
1.3 Agenda pública.....	30
1.4 Obesidad y sobrepeso.....	31
1.4.1 Método diagnóstico del sobrepeso y la obesidad.....	32
1.4.2 Factores de riesgo para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad.....	33
1.4.3 Consecuencias del sobrepeso y la obesidad.....	34
1.4.4 Epidemiología mundial de la obesidad.....	35
1.5 Conclusión capitular.....	36

CAPÍTULO SEGUNDO MARCO JURÍDICO DE LA SALUD

2.1 Organismos Internacionales.....	39
2.1.1 Organización Mundial de la Salud.....	39
2.2 Tratados internacionales.....	39
2.2.1 Conferencias mundiales sobre nutrición.....	40
2.2.2 Otras conferencias internacionales.....	43
2.2.3 Convenciones sobre derechos humanos.....	45
Derechos del niño.....	45
Derechos de personas con discapacidad.....	47
Personas en general.....	47
2.2.4 El derecho humano a la salud y los pactos internacionales.....	48
2.2.4.1 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).....	50
2.2.4.2 Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	51
2.3 Organismos y leyes nacionales.....	52
2.3.1 Ley General de Salud (LGS).....	52
2.3.2 Leyes federales.....	55
2.3.2.1 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.....	56
2.3.2.2 Ley del Seguro Social.....	56

2.3.2.3 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	57
2.3.2.4 Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes	57
2.2.2.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.....	58
2.3.2.6 Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad	59
2.3.3. Normas Oficiales.....	60
2.3.3.1. Normas Oficiales Mexicanas en Salud (NOM en Salud)	60
2.3.3.2. Normas oficiales mexicanas para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades.	60
2.4 Conclusión capitular.....	63

CAPÍTULO TERCERO

LA OBESIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y SUS POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en México	68
3.1.1 Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y las dislipidemias	71
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).....	71
Hipertensión arterial sistémica (HAS)	72
Dislipidemias.....	73
3.2 La obesidad en México como problema de salud pública.....	74
3.3 Políticas públicas nacionales para el combate de la obesidad	76
3.3.1 Acuerdo Nacional Para la Salud Alimentaria (ANSA).....	77
3.3.2 Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD).....	81
3.4 Planes nacionales de desarrollo.....	86
3.4.1 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.....	86
3.4.2 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.....	88
3.4.1 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.....	90
3.5 Conclusión capitular.....	94

CAPÍTULO CUARTO

EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE OBESIDAD EN MÉXICO

4.1 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	97
4.2 Análisis de las evaluaciones y resultados de las políticas públicas de obesidad	100
4.2.1 Seguimiento de las evaluaciones generadas por CONEVAL de los programas presupuestales de combate a la obesidad	101
4.2.2 Seguimiento de resultados de los programas sectoriales de salud en materia de combate a la obesidad	109
PROSESA 2013 - 2018	110
PROSESA 2019 - 2024	115
4.2.3 Seguimiento de los resultados emitidos por las instituciones de salud ...	116

La Secretaría de Salud	117
Instituto Mexicano del Seguro Social.	118
IMSS-Bienestar.....	118
IMSS Régimen ordinario.....	121
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	123
Problemáticas identificadas en las instituciones.....	125
Problemática 1. Desarticulación en la operatividad.....	125
Problemática 2. Falta de Información en la detección y seguimiento de pacientes.	128
Problemática 3. Falta de mecanismos de evaluación.	129
4.3 Situación de la regulación sanitaria y política fiscal como estrategia de combate a la obesidad	130
4.4 Elementos útiles para el diseño de una política pública de combate a la obesidad	136
Programa presupuestal para el control de la obesidad	137
Programas sectoriales de salud	138
Instituciones en salud	139
Marco jurídico y funciones legislativas	140
4.5 Conclusión Capitular	141
 CONCLUSIONES GENERALES.....	 145
FUENTES DE INFORMACIÓN	151
ANEXO.....	164

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ANSA	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria
CPEUM	La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DIP	Derecho Internacional Público
ENPCSOD	Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
LDPAM	Ley de los derechos de las Personas Adultas Mayores
LGIPD	Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad
LGS	Ley General de Salud
LPDNNA	La Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes
NOM	Normas Oficiales Mexicanas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
CONEVAL	El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SSA	Secretaría de Salud
IMSS	Instituto Mexicano de Seguro Social
ISSSTE	El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
CENAPRECE	El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

RESUMEN

Las políticas públicas en materia de obesidad no han podido contener el problema público que representa la enfermedad y sus comorbilidades. Por ello, este trabajo se centra en generar un análisis del desempeño de las acciones implementadas en México para limitar esta problemática que representa un gran reto gubernamental.

La presente investigación parte de la relación de responsabilidad del Estado en la formulación de políticas públicas, con el objetivo de exponer la injerencia que tienen las decisiones gubernamentales para la disminución o el incremento de una problemática social. En el caso de la obesidad es necesario valorar si las acciones han sido útiles. Ya que, la falta de control del problema limita la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud establecido en el artículo 4to constitucional.

La obesidad es un problema con un lugar en la agenda pública desde 2010. Por ello, se analizan los esfuerzos realizados en tres sexenios. Las líneas de acción dispuestas en los Planes de Gobierno y en los Programas Sectoriales de Salud. Además, de las acciones específicas generadas por las instituciones de salud.

La institucionalización del problema de la obesidad permitió establecer un seguimiento de resultados. CONEVAL ha participado con algunas evaluaciones de los programas presupuestales para el control de la obesidad y de los programas sectoriales de salud.

En esta investigación se realiza un análisis de las evaluaciones sobre los programas de obesidad y las acciones específicas implementadas por las instituciones. Para identificar fortalezas y debilidades con la finalidad de recolectar elementos útiles para la modificación o rediseño de las políticas públicas en materia de obesidad.

Es importante reconocer que el problema emana de una serie de factores distintos. Por tanto, resulta complicado eliminarlo por completo. Sin embargo, lo que esta investigación ofrece es un panorama de 10 años de la implementación de las políticas de obesidad con la intención de reconocer que no ha desaparecido el problema y requiere de mayores esfuerzos para contenerlo.

Palabras Claves: Estado, Derecho a la Salud, Política Pública, Evaluación, Obesidad, Comorbilidades.

ABSTRACT

Public politics on obesity have not been able to contain the public problem represented by the disease and its comorbidities. Therefore, this work focuses on generating an analysis of the performance of the actions implemented in Mexico to limit this problem that represents a great government challenge.

This research is based on the relationship of responsibility of the State in the formulation of public politics, with the aim of exposing the injection that government decisions have for the decrease or increase of a social problem. In the case of obesity, it is necessary to assess whether the actions have been useful. Since, the lack of control of the problem limits the capacity of the State to guarantee the right to health established in the 4th article of the Constitution.

Obesity has been a problem with a place on the public agenda since 2010. For this reason, the efforts made in three six-year terms are analyzed. The lines of action established in the Government Plans and in the Health Sector Programs. In addition to the specific actions generated by health institutions.

The institutionalization of the obesity problem will establish a follow-up of results. CONEVAL has participated with some evaluations of budget programs for obesity control and health sector programs.

In this research, an analysis of the evaluations of obesity programs and the specific actions implemented by the institutions is carried out. To identify strengths and weaknesses in order to collect useful elements for the modification or redesign of public politics on obesity.

It is important to recognize that the problem stems from a number of different factors. Therefore, it is difficult to remove it completely. However, what this research offers is a 10-year overview of the implementation of obesity politics with the intention of recognizing that the problem has not disappeared and requires greater efforts to contain it.

Key Words: State, Right to Health, Public Politics, Evaluation, Obesity, Comorbidities.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de obesidad por grupo etario.....	70
Tabla 2. Programas presupuestales para el combate de la obesidad.....	102
Tabla 3. Matriz de indicador de resultados 2021	104
Tabla 4. Registros del análisis FODA emitido por CONEVAL al programa presupuestal U008 del periodo 2012-2020.....	105
Tabla 5. Resultados de indicador de prevalencia de obesidad	112
Tabla 6. Principales debilidades del PROSESA 2013-2018.....	113
Tabla 7. Primera y segunda causas de muerte en México con número de defunciones.....	114
Tabla 8. Número de casos nuevos de enfermedades no transmisibles registradas IMSS 2010-2021	119
Tabla 9. Número de pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad (menores de 5 años, 5 a 9 años y 10 a 19 años) IMSS.....	120
Tabla 10. Casos diagnosticados por diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión (HAS), Sobrepeso y Obesidad, 2010-2021, IMSS.....	121
Tabla 11. Consultas en especialidades por Dislipidemias a nivel nacional IMSS, 2010-2019.....	122
Tabla 12. Resultados del programa Pasos por tu Salud del IMSS.....	122
Tabla 13. Consultas anuales por padecimiento, ISSSTE.....	123
Tabla 14. Cambios en la política de etiquetado de alimentos	132

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Matriz de Indicadores para Resultados	99
Ilustración 2. Esquema de los pilares de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	131
Ilustración 3. Sellos de advertencia de etiquetado 2020	134

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de información Secretaría de Salud.....	164
Anexo 2. Respuesta Dirección General de Información en Salud	167
Anexo 3. Respuesta 1 Dirección General de Promoción de la Salud	173
Anexo 4. Respuesta 2 Dirección General de Promoción de la Salud	179
Anexo 5. Respuesta Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles.....	182
Anexo 6. Respuesta Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.....	186
Anexo 7. Solicitud de Información Comisión Federal para la Protección Contra Riesgo Sanitario.....	193
Anexo 8. Respuesta Comisión Federal para la Protección de Riesgo Sanitario.....	197
Anexo 9. Solicitud de Información Instituto Mexicano del Seguro Social.....	200
Anexo 10. Respuesta Dirección de Prestaciones Médicas IMSS Bienestar	203

Anexo 11.Respuesta Dirección de Prestaciones Médicas IMSS Régimen Ordinario.....	207
Anexo 12.Solicitud de Información Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	219
Anexo 13.Respuesta Jefatura de Servicios de Estadística Institucional.....	223
Anexo 14.Respuesta Subdirección de Prevención y Protección a la Salud	225
Anexo 15.Respuesta Jefatura de Departamento de Calidad de los Servicios de Atención Medica	229

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se analiza el desempeño de las políticas públicas de obesidad del año 2010 al año 2021, por medio de la revisión de los esfuerzos y estrategias implementados para disminuir la creciente problemática relacionada con el exceso de peso y tejido adiposo. El problema representa un reto en materia de salud nacional e internacional, ya que en los últimos años ha ocasionado daños severos a la salud pública en México.

El sobrepeso y la obesidad impacta en diversos niveles, al afectar la vida individual del paciente que lo padece y del resultado ocasionado por las comorbilidades desencadenantes (diabetes, hipertensión, dislipidemias, etc.) y al mismo tiempo, debilita la capacidad de respuesta de las instituciones en salud. Ya que, el volumen en la demanda de atención y tratamiento representa un gasto cuantioso que deteriora la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud establecido en el artículo 4to constitucional.

La investigación se construye con apoyo de los siguientes elementos metodológicos:

- a) Análisis longitudinal, al valorar el desempeño de las políticas de obesidad durante un periodo de 11 años, el cual abarca tres gobiernos distintos.
- b) Enfoque doble, al ser descriptiva y analítica, descriptiva al exponer con detalle el marco teórico, el marco jurídico y el desarrollo de las estrategias implementadas, y analítica, cuando discute y compara los resultados con ayuda de las reflexiones de otros autores que analizan igualmente esta problemática.
- c) Recopilación documental.
- d) Estudio Retrospectivo, al analizar de once años atrás hacia la actualidad (2021).

Los elementos metodológicos mencionados, facilitan la tarea de extraer componentes fundamentales para la comprensión de la política en materia de obesidad, los esfuerzos realizados por parte del Estado y los resultados de la puesta en marcha de estas estrategias.

La investigación ofrece una visión de conjunto de lo ocurrido en más de 10 años de implementación de las políticas de obesidad, su estudio se genera a partir del año 2010, tras la firma del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA).

En el trabajo se identifican las principales políticas públicas de obesidad y se estudian desde sus tres fases: diseño, implementación y resultados, con el objetivo de analizar tanto el grado de éxito o de fracaso, para con ello proporcionar una guía en el momento de adaptar o modificar las políticas públicas vigentes.

El trabajo consta de cuatro capítulos, los cuales se trazaron con la intención de generar un esquema que permita profundizar de manera inductiva en la problemática.

- I. El primer capítulo, contiene los conceptos aplicables a la materia los cuales son; Estado, Estado moderno y Estado Mexicano; política pública, sus fases y sus tipos; Agenda pública; y finalmente, sobrepeso y obesidad, puntualizando en su método diagnóstico, sus factores de riesgo, sus consecuencias y su epidemiología.
- II. El segundo capítulo, describe el marco jurídico que prevé la atención en salud, este se analiza desde las disposiciones internacionales hasta las nacionales, se revisan organismos, tratados y pactos de derechos humanos y, finalmente, se aterriza en la revisión de la legislación nacional en salud. Para con ello, abonar en la construcción de fundamentos legales en el combate a la obesidad.
- III. El tercer capítulo, presenta un análisis de la obesidad como problema de salud pública y las políticas públicas diseñadas en México para su atención. Se hace uso del referente epidemiológico de la obesidad y de sus principales comorbilidades, y se revisan las estrategias y las líneas de acción descritas en los programas sectoriales.
- IV. El cuarto capítulo, expone las evaluaciones de las políticas públicas de obesidad, para ello, reconoce la importancia del CONEVAL y sus recomendaciones en materia de obesidad, además, se genera un seguimiento de los resultados de los programas sectoriales y de las instituciones en salud, con el objetivo de identificar fortalezas y debilidades

presentes en la implementación de las políticas públicas, para finalmente, localizar los elementos útiles en la planeación de un nuevo diseño.

Es importante que el análisis de las políticas públicas en salud esté enfocado en los resultados reales y no en el número de talleres, pacientes diagnosticados y metas diseñadas con objetivos claramente alcanzables. Porque lo que se tiene en juego es la vida y estabilidad de un ser humano, además, de la respuesta de las instituciones de gobierno y de la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud.

CAPÍTULO PRIMERO

CONCEPTOS APLICABLES A LA MATERIA

Sumario: 1.1 Las visiones generales del Estado, 1.2. La naturaleza de la política pública, 1.3. La importancia de la agenda pública, 1.4. El sobrepeso y obesidad.

Este primer capítulo contiene el conjunto de conceptos necesarios para el desarrollo de la investigación, en él se muestra un acercamiento teórico que facilita la comprensión de las principales ideas que sirven de sustento para esta tesis.

Primeramente, se aborda el concepto de Estado desde diversas nociones teóricas, la manera en la que surge el Estado moderno, sus funciones y con base a este marco teórico se analizan las características en el ámbito mexicano.

Por otra parte, se revisa la naturaleza de las políticas públicas, sus diversos enfoques, su implementación por parte del Estado y las fases que las conforman. También, se analiza la agenda pública y la función de la gestión pública desde las leyes que reglamentan a las instituciones, elementos para la implementación de las estrategias y proyectos gubernamentales.

Finalmente, se abordan los temas de sobrepeso y obesidad, desde su concepto, el método diagnóstico, los factores de riesgo, las consecuencias y la epidemiología; desde el panorama internacional hasta el nacional, para con ello analizar las disposiciones legales en materia de atención al control de la obesidad.

1.1 Las visiones generales del Estado

El primer acercamiento a la idea de Estado tiene su comienzo dentro de lo ordinario, como resultado de la interacción frecuente del hombre con el gobierno, la autoridad, el orden público y el orden jurídico. Para Herman Héller: “El Estado aparece, de primera intención, como algo, una realidad, como un hacer humano intensamente renovado” (1965, p. 53).

Es complicado abordar al Estado desde un solo concepto, por consiguiente, para su comprensión se hace uso de diversas nociones, ya que cada visión abona

elementos indispensables que conforman no solo un concepto sino toda una teoría del Estado¹.

Las primeras nociones del Estado surgen de la concepción del hombre y su naturaleza. En la antigüedad, Aristóteles le asigna al hombre la etiqueta de *Zoon politikon*², ya que este requiere instintivamente de la interacción con otros hombres para conseguir su desarrollo pleno, siendo el motivo que lo conduce a establecerse en espacios determinados, que posteriormente dan lugar al nacimiento de las sociedades. Sin embargo, Hobbes (1651) duda de que el hombre sea un animal político determinado a vivir en comunión social, y por el contrario reconoce que es más un *homo homini lupus*³, porque posee una predisposición al conflicto.

El conflicto es la razón que origina el orden jurídico, elemento que permitirá la convivencia ordenada entre los miembros. El orden jurídico requiere de la intervención de un poder soberano⁴ con la fuerza suficiente para hacer cumplir dicho orden en beneficio de la comunidad y su intensa búsqueda teleológica del bien común, idea que remonta la moral a *nicómaco*⁵ de Aristóteles, donde el Estado, gracias a su personalidad moral, logra alcanzar su fin. Además, Porrúa menciona que el Estado puede ser concebido de forma empírica⁶, por la naturalidad con la que el hombre interactúa con los elementos que conforman el Estado nación, siendo esta la primera noción con la que se asimila el concepto de Estado.

¹ La Teoría del Estado es la disciplina filosófica que investiga la esencia y finalidad del Estado. Su denominación es de origen alemán y su materia propia se ha desarrollado desde la segunda mitad del siglo pasado. La Teoría del Estado no es Ciencia estricta sino Filosófica, y tiene como objeto el estudio de la realidad del Estado, así como sus caracteres esenciales, situados más allá del derecho (Acuña, 2011).

² *Zoon Politikon* del griego que significa Animal Político (Aristóteles, 1954).

³ *Homo homini lupus* es una locución latina que significa el "Hombre el lobo del hombre", esta frase fue citada por Tomas Hobbes en su obra el "Leviatán" (Méndez, 2010, p.2).

⁴ Poder soberano es un poder absoluto que no tiene límite alguno. Por lo que es configurado como un poder fáctico (Jiménez, 2006, p. 81).

⁵ *Ética a Nicómaco* es una obra escrita por Aristóteles, que contiene una serie de tratados en materia de ética y moral, la finalidad de estos tratados son la búsqueda de bien o dicho de otra manera de la felicidad (1985).

⁶ La Noción empírica se obtiene a través de los conocimientos adquiridos por la experiencia. El origen de la palabra empírica proviene del latín *empiricus* 'médico empírico', y este del griego *empeirikós* 'que se rige por la experiencia'.

El Estado para Porrúa (2005) es “una sociedad humana establecida en un determinado territorio, estructurada y regida por un orden jurídico, creado, definido y sancionado por un poder soberano, para obtener el bien público temporal, formando una institución con personalidad moral y jurídica” (pp. 26-27). Esta visión ejemplifica la forma más completa de las nociones previas al concepto de Estado en la actualidad, pues reúne los elementos y procesos sociales fundamentales concebidos por la experiencia.

De igual forma, la noción de Estado puede ser concebida de manera abstracta⁷ o simplificada como resultado de la discriminación de los elementos contemplados en la noción empírica. La noción abstracta es utilizada por la mayoría de los autores de teoría del Estado⁸. En la actualidad, en ella se rescatan principalmente tres elementos; la población, el territorio y el gobierno, en donde:

- a) La población es el conjunto de hombres que viven dentro de un territorio delimitado.
- b) El territorio es el espacio geográfico, donde se desarrollan las diversas relaciones políticas.
- c) El gobierno es la autoridad que dirige y controla las relaciones que se generan al interior por medio de un orden jurídico respaldado en el poder.

Los tres elementos descritos resumen prácticamente toda la composición del Estado, sin embargo, autores como Ramírez (2000) incorporan a la soberanía⁹ como cuarto elemento, siendo esta la cualidad del poder que le permite autodeterminarse y gobernarse libremente sin intervención de otro poder, de tal

⁷ La Noción abstracta se obtiene gracias al proceso de abstracción. Este proceso es resultado de una operación mental destinada a aislar conceptualmente una propiedad o función concreta de un objeto, y pensar qué es, ignorando otras propiedades del objeto en cuestión. (REA, 2019)

⁸ Entre algunos Fernández A. (2006), Porrúa F. (2005), Juárez F. (2012)

⁹ La Soberanía es observada por tres autores principalmente. Jean Bodin señala que se caracteriza por el poder supremo del gobernante que se ejerce sobre sus súbditos sin ningún tipo de restricción. De igual forma Hobbes (1651) observa a la soberanía desde la necesidad para establecer un orden, pues sin ella los hombres no respetarán los pactos realizados. En cambio, para Jonh Locke (1689) la soberanía tiene como origen el pacto social hecho para la protección de la libertad y la propiedad, aquí la soberanía ya no se encuentra sin restricción alguna como en la idea de Bodin (1576), sino que este poder supremo, es generado por medio de un pacto o contrato donde los ciudadanos otorgan esta suma de potestades con el objetivo de recibir protección y libertad.

manera que el Estado soberano dicta su constitución y señala el contenido de su derecho. La soberanía demuestra la relación estrecha entre la población y el gobierno, donde el pueblo es el medio de legitimación para el actuar político del gobernante.

El Estado puede analizarse también desde sus relaciones de poder abonando una noción más, ya que en el Estado el poder está presente en dos grandes campos: la política y el derecho. La política es poseedora de un poder supremo y en el derecho el poder es un instrumento de coacción útil para el cumplimiento de las reglas jurídicas necesarias para el orden social. Juárez (2012) refirió que el poder dentro del Estado se puede observar desde tres distintas perspectivas: la materialista, la idealista y la axiológica.

En la perspectiva materialista¹⁰, el poder en el Estado es un medio de dominación, que se ejerce desde la clase triunfadora hacia la clase vencida. Max Weber reafirma esta idea cuando señala que el poder es utilizado como un medio de dominación en las manos de sus dirigentes (Weber, 1979), dado que el poder del Estado justifica su actitud mediante el derecho como medio de imposición política.

En la perspectiva idealista, el poder es un medio del que se sirven las instituciones del Estado para posibilitar la armonía y la convivencia política del cuerpo colectivo, esta elimina la idea del poder como medio de dominación. Aquí el poder es visto como un elemento positivo e indispensable para alcanzar el bienestar social.

¹⁰ La perspectiva materialista nace del pensamiento de Engels y Carlos Marx (2000/1867) a mediados del siglo XIX. Marx desarrolla la doctrina de materialismo histórico, esta ve en el desarrollo de los modos de producción de los bienes materiales necesarios para la existencia de los hombres, la fuerza principal que determina toda su vida social, condicionando también la transición de un régimen social a otro. Sin producir bienes materiales no puede existir ninguna Sociedad. También esta teoría hace una distinción entre las dos principales clases sociales los opresores y los oprimidos. Los opresores son aquellos dueños de los modos de producción y los oprimidos aquellos que trabajan los modos de producción pero que finalmente no son de ellos.

Finalmente, la perspectiva axiológica percibe al poder como un valor capaz de conducir al Estado en la búsqueda del bien común¹¹, esta perspectiva dota al Estado de la responsabilidad para ofrecer a sus ciudadanos condiciones de bienestar, siendo está una visión con tintes metafísicos.

En resumen, el Estado es el marco fundamental para el desarrollo social, su conformación parte de la naturaleza humana y su necesidad de interrelación. Por consiguiente, el Estado se convierte en un organismo constituido por tres elementos: población, territorio y gobierno. Su existencia tiene como objetivo el orden social que logra ser alcanzado por la intervención del poder, aunque el uso del poder por parte del Estado puede ser observado de manera negativa desde distintas perspectivas.

1.1.1 Estado moderno

El Estado moderno es el resultado de una serie de transformaciones históricas. Su origen se remonta al continente europeo a finales de la edad media con la crisis del feudalismo¹², donde la disolución de los antiguos señoríos o feudos da como resultado la instauración de las monarquías, formas de gobierno que concentraban el poder total de los territorios.

Al mismo tiempo, iniciaron los movimientos renacentistas que trajeron consigo una nueva visión ideológica, que retomaban los antiguos valores del pensamiento griego y su ideal humanista, instaurando una nueva concepción del hombre y el mundo que lo rodea, dejando atrás el teocentrismo¹³ que coloca a Dios en el centro y en su lugar situando al hombre.

¹¹ El bien común es concebido como el criterio finalista de la política. Este consiste y tiende a concretarse en el conjunto de aquellas condiciones sociales que permiten y favorecen en los seres humanos el desarrollo integral de su propia persona. (Argandoña, 2011)

¹² Crisis del Feudalismo se generó debido a un descenso demográfico ocasionado por el retroceso de la cual produjo una escasez y carestía de alimentos, y producción agraria malas cosechas, guerras, mal clima, lo las consecuentes hambrunas y epidemias por una mal alimentación e higiene de la población, donde cabe destacar la peste negra.

¹³ La palabra teocentrismo proviene del griego *theos*=dios y *kentron*=centro más el sufijo *-ismo* =actividad, doctrina. Por tanto, es considerada una doctrina filosófica que considera a Dios o a la divinidad centro de la realidad y de todo el pensamiento y actividad humana. (Oxford, 2020)

El renacimiento debilita el poder que la iglesia había mantenido durante la edad media, esta nueva corriente del pensamiento no sólo le arrebató la hegemonía ideológica, sino también la política, puesto que la iglesia era la encargada de otorgar el poder político, acto que se realizaba en nombre de Dios, quien por mandato divino establecía la legitimidad del nuevo rey, siendo la iglesia la institución que respaldaba los designios divinos, pero las reformas protestantes y la pérdida de credibilidad¹⁴ experimentada en ese momento, detonó que la clase política optara por prescindir de ella como institución de legitimación política.

El poder soberano surge como el nuevo modelo de legitimación ante la crisis eclesiástica. Bodin (1576) refiere que este nuevo poder debía velar por los intereses de la sociedad, donde el soberano tomaba el poder como consecuencia de un pacto social que le daba permiso para gobernar; poder que contaba con las características de ser absoluto, en definitiva, el pacto permitía al pueblo elegir al gobernante, pero no elegir el tipo de gobierno que este ejercerá. Sin embargo, también Bodin en su obra seis libros de la República (1576), ejemplifica el poder del pueblo como mecanismo de legitimación, cuando hace referencia al discurso de coronación del nuevo rey de Tartaria, donde se establece lo siguiente. - “si gobiernas bien tendrás todo lo que desees; si no, caerás tan bajo y serás despojado en tal forma que no tendrás ni esta tabla sobre la que te sientas” (pp. 51-52).

En conclusión, en el Estado Moderno el hombre es juzgado por el hombre liberado de las ataduras religiosas, este fenómeno da paso al pensamiento racional que permite el ejercicio de las libertades.

La palabra antropocentrismo proviene del griego *ánthropos* =hombre y *kentron*=centro, hombre el centro. El antropocentrismo es una teoría filosófica que coloca al hombre en el centro del universo. (Rosental y Iudín, 1946, p. 15)

¹⁴El renacimiento humanista propicia las reformas protestantes, que inician a partir de las denuncias de Martín Lutero al exponer los abusos cometidos por la iglesia y sus cuestionamientos sobre la autoridad de la iglesia como mediadora de lo sagrado. Estos pronunciamientos ocasionaron que la iglesia perdiera credibilidad.

1.1.2 Funciones del Estado

A partir de la formación del Estado moderno, Montesquieu (1748) desarrolla la idea de la división de poderes, los cuales son legislativo, ejecutivo y judicial. Esta división limita la concentración del poder para que no se encuentre en las manos de una sola institución, como en el caso del monarca totalitario. La finalidad es generar un sistema de contrapesos¹⁵ en donde cada poder tenga a su cargo una sola función en el Estado. Las funciones emanan de la esfera de acción que cada uno posee, para comprender esta relación se analiza la clasificación realizada por Agustín Gordillo en 1967.

En primer lugar, el poder legislativo está conformado por las cámaras que integran al congreso o parlamento. El congreso tiene como función legislar, esto es la creación de leyes o normas jurídicas que serán de observancia general en los individuos. La función legislativa es ejercida únicamente por el poder legislativo, es importante hacer esta aclaración ya que a pesar de que los otros poderes también realicen documentos de carácter reglamentario, estos son considerados inferiores y propios del proceso operativo de los otros dos poderes. Por tanto, el dictado de normas jurídicas generales es hecho por el Congreso (Gordillo, 1967).

Por otro lado, el poder judicial está conformado por órganos de carácter imparcial e independiente. Éstos están encargados de la función jurisdiccional que tiene la capacidad para imponer una decisión y hacerla respetar resolviendo así los conflictos que se presentan en la sociedad mediante la aplicación razonable de las normas jurídicas. La función jurisdiccional es la única facultada para hacer uso de la fuerza de coacción. Gordillo (1967) define esta función como la decisión con fuerza de verdad legal de controversias entre partes, capaz de establecer una sentencia justa por medio de sus órganos imparciales.

¹⁵ El sistema de pesos y contrapesos es un procedimiento de ordenación del poder de autoridad que busca el equilibrio y armonía de fuerzas. La división tradicional se ha basado en la existencia de tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, que se justifican por necesidades funcionales y de mutuo control.

Por último, el poder ejecutivo recae en un individuo, el presidente o el primer ministro, la función de éste es la de administrar. Aunque formalmente el poder recae en uno solo, para el desarrollo de esta función es necesario la intervención de más funcionarios, estos actúan de forma jerárquica, subordinados y dependientes de un superior.

La función administrativa tiene como objetivo regular la actividad concreta y tutelar del Estado bajo el orden jurídico, resguardando la aplicación y generando los mecanismos para el cumplimiento de la ley, teniendo la responsabilidad de generar acuerdos para el desarrollo económico. La función administrativa es la única que se encuentra presente en los tres poderes para el desarrollo de sus actividades internas, ya que esta es útil en el momento de la adquisición de insumos, la designación de nombramientos, entre otros.

En resumen, las funciones del Estado se derivan fundamentalmente de los tres poderes de gobierno; la creación de leyes del legislativo, la protección y garantía de la aplicación de leyes por parte del judicial y la gestión de los recursos para el correcto funcionamiento de los tres poderes por parte del ejecutivo.

1.1.3 Estado mexicano

El Estado mexicano es una composición de elementos originados a partir del establecimiento del Estado moderno en el siglo XV. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) en su artículo 40 establece cuáles son sus características:

Una República representativa, democrática, laica, federal, compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental.

La comprensión de los elementos que conforman al Estado mexicano es básica para concebir su proceder, por ello se detalla de manera aislada cada uno de ellos. El concepto de república es la primera idea que se señala, esta tiene su origen en la antigua Roma, es Cicerón quien habla por primera vez del poder público organizado o en otras palabras el pueblo organizado, sin embargo, Maquiavelo

(1532) deja en claro que no toda organización pública constituye a una República, como la monarquía, ya que el poder no se concentra de manera arbitraria en un solo individuo. Finalmente, Rousseau (1986) determina que la República es aquella en donde el Estado se encuentra regido por leyes sin importar su tipo de administración, ya que así el interés público es el que gobierna y lo público llega a concretarse.

El Estado mexicano oficialmente fue concebido como República el día 16 de diciembre de 1823, Rodríguez (1945) señala que el término República se incorpora al acta constitutiva en ese año, pero que no sería hasta el gobierno de Benito Juárez en 1858 que resurgen este principio en la conocida república restaurada, donde es posible distinguir el ideal republicano como parte del ejercicio transparente del poder.

Rodríguez (1945) expresa que el término República fue aceptado de manera automática, sin objeción, pero que la discusión se generó en el momento de definir si debía ser una República representativa o federal. En la actualidad, el Estado mexicano posee ambos elementos.

En una república representativa el encargado de elaborar las leyes es el pueblo haciendo efectiva la democracia, siendo la democracia¹⁶ una forma de gobierno donde el pueblo tiene la facultad de autogobernarse y esta puede ser ejercida de dos maneras; la directa y la representativa¹⁷ (Arango, 2012).

La democracia directa no es opción para los Estados modernos debido el gran número de ciudadanos en la actualidad, por ello el Estado mexicano cuenta con una democracia representativa, en ella son los actores públicos o representantes quienes fungen como intermediarios entre el conglomerado de

¹⁶ La democracia es una forma de gobierno instaurada en la antigua Grecia, su definición etimológica proviene de dos términos *Demos*=Pueblo y *Cratos*=Poder. El poder del pueblo, el gobierno del pueblo para el pueblo. Esta forma de gobierno fue recuperada en el Estado Moderno, como resultado del proceso de ilustración donde se incorporó la tradición del pensamiento griego.

¹⁷ Arango (2012) describe las dos maneras en las que se ejerce la democracia; la directa es aquella donde se involucra a todos los miembros de la comunidad y la representativa es donde el pueblo elige a sus representantes en el órgano legislativo, ellos tomarán decisiones en nombre de todos los ciudadanos.

ciudadanos, sus demandas y el poder público. Los representantes son elegidos por el pueblo haciendo uso del voto directo y serán renovados periódicamente dependiendo del cargo que ocupen.

México es una república laica, por tanto, el Estado y la iglesia no mantienen ninguna relación. La iglesia únicamente tiene una labor religiosa y la práctica del catolicismo es de libre elección, así como cualquier otra filosofía religiosa.

La constitución establece que el Estado mexicano es una entidad federal, atribución que se caracteriza por la competencia constituyente que en él tienen los estados miembros, asimismo, el artículo 124 constitucional señala que en el Estado mexicano los estados miembros tienen cierta área de atribuciones sobre la que pueden legislar en forma autónoma. Por tanto, la nación conformada por 31 estados y la ciudad de México, posee una autonomía que les permite contar con su propia cámara de diputados y legislar asuntos concernientes con su entidad.

1.2 Política pública

Toda intervención del Estado puede considerarse política, sin embargo, no toda acción es considerada política pública. Las acciones de gobierno se clasifican en tres tipos:

1. Política de Estado

Definen lineamientos generales que orientan el accionar del Estado en el largo plazo a fin de lograr el bienestar de las personas y el desarrollo sostenible del país.

Tiene que ver con la supervivencia misma de la nación a largo plazo y no cambia con cada gobierno. Son implementados únicamente por el Ejecutivo Federal, por ejemplo, política monetaria

2. Política de gobierno

Tienen que ver con la manera como el gobierno de turno cumple con sus obligaciones para satisfacer las necesidades de los ciudadanos en salud, educación, alimentación, vivienda, en el ejercicio pacífico de sus derechos y en el cumplimiento de sus deberes.

Franco (2014) distingue tres características:

- a. Se encuentran en los planes de desarrollo a distintos niveles de gobierno – nacional o federal, estatal, municipal –;
- b. Tienen un sello distintivo de la administración que emprende un proyecto; y
- c. En ocasiones no suelen identificarse con proyectos que tengan un respaldo técnico o protocolario.

3. Política pública

Se consideran acciones que brindan atención eficaz a problemas públicos específicos, cuya intervención se plantea bajo un estudio previo con un diseño consensuado por la ciudadanía.

"Las partes importantes que distinguen a un proyecto integral de política pública, es el hecho de que posee:

- a. un diseño profesional con método,
- b. un líder de proyecto excepcional, que da orden y mantiene un orden durante la operación del proyecto
- c. un plan de implementación impecable,
- d. un equipo de alto desempeño para ejecutarla, y
- e. voluntad política para negociar con opositores" (Franco, 2014)

El Estado elabora la política pública (P.P.) para procurar con ella el bienestar social, siendo un acto específico de gobierno, instrumentado dentro de una práctica general (Guerrero, 1988). La P.P. surge como resultado del pacto generado entre el Estado y la sociedad, donde el Estado se encarga de dotarla de agilidad y organización, al poseer la responsabilidad de elaborar los mecanismos para responder a las demandas que surgen en la sociedad.

Vargas (1999) define que "la política pública es un conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político, para responder a las situaciones generadas dentro del contexto social" (p. 29). Así mismo Guerrero (1988) señala que son patrones de acción que resuelven conflictos y proveen de incentivos a la cooperación. Por su parte, Knoepfel (2007) señala que estas deben

poseer un carácter coherente en el ejercicio público, para asegurar con ello resultados óptimos.

Las demandas dentro del Estado emanan de diversos sectores. Por tanto, el hecho de que las políticas públicas posean una gama diversa de asuntos a resolver, de ahí que existan múltiples denominaciones de políticas, encaminadas a resolver asuntos específicos como la política educativa, política sanitaria, política energética, política fiscal, política exterior, política de igualdad, etc. Todas ellas dispuestas por las instancias gubernamentales como estrategias de solución.

La estructura de la política pública se fortalece de dos elementos: el político y el técnico. El político está conformado por normas, que tienen interés de generar acciones que beneficien a la sociedad, mientras que el técnico hace uso del conocimiento científico, que permitirá la elaboración de un método racional (Aguilar, 2010). Estos elementos en conjunto procuran que la política pública pueda alcanzar los objetivos deseados.

El estudio de la política pública posee también una corriente semántica, que genera una distinción entre lo que es la política *Policy* como ciencia y la política *Politics* como estrategia (Guerrero, 1988), ambas emanan del campo público gubernamental, pero sus conceptos son distintos, sin embargo, es importante rescatar que la política existente dentro de un Estado determina el tipo de políticas públicas que se implementan.

1.2.1 Fases de la política pública

Las fases que conforman las políticas públicas han sido enumeradas por diferentes autores, donde el número de fases puede variar, sin embargo, los procesos son similares, algunos de los modelos simplifican las fases. Para Delgado (2009) son cinco las fases principales: 1. la identificación y definición de problemas, 2. la formulación de políticas, 3. la adopción de la decisión, 4. la implantación y 5. la evaluación.

En el modelo de Aguilar (2010), se identifican siete fases dentro del ciclo de la política pública: formación de la agenda, definición del problema público, hechura

o formulación de la política, es decir, construcción de opciones para resolver el problema, decisión o selección entre opciones, comunicación de la política, implementación de la política y evaluación de la política.

Los modelos que establecen las fases o ciclos de las políticas pueden variar de un país a otro, cada gobierno o administración pública genera ciertas adaptaciones a su proceso de elaboración de políticas públicas. Para ampliar la comprensión de las fases de la política pública, se analizan algunos modelos. Por ejemplo, el de cinco fases de Paul Cairney (2013) ya que en él se retoman la mayoría de elementos existentes en otros modelos actuales, se enlistan a continuación las fases:

- Ajuste de agenda: Identificar problemas que requieren la atención del gobierno, decidir qué temas merecen más atención y definir la naturaleza del problema.
- Formulación de políticas: Establecer objetivos, identificar el costo y estimar el efecto de las soluciones, elegir de una lista de soluciones y seleccionar instrumentos de política.
- Legitimación: Asegurar que los instrumentos de política elegidos tengan apoyo. Puede involucrar uno o una combinación de: aprobación legislativa, aprobación ejecutiva, búsqueda de consentimiento a través de consultas con grupos de interés y referéndums.
- Implementación: Establecer o emplear una organización para asumir la responsabilidad de la implementación, asegurando que la organización tenga los recursos (como personal, dinero y autoridad legal) para hacerlo, y asegurándose de que las decisiones de política se lleven a cabo según lo planeado.
- Evaluación: Evaluar hasta qué punto la política fue exitosa o la decisión de la política fue la correcta; si se implementó correctamente y, de ser así, tuvo el efecto deseado.
- Política de mantenimiento, sucesión o finalización: Considerar si la política debe continuar, modificarse o suspenderse. (párr. 4)

En términos prácticos, la elaboración de la política pública puede reducirse a tres fases; el diseño, la implementación y la evaluación¹⁸ (Franco, 2013 y Douglas, 2014). La gestión también es considerada en algunos casos como una fase dentro del ciclo, pero en otros esta etapa se contempla desde la agenda pública, donde al seleccionarse el conflicto o problema a resolver se pone en marcha el proceso específico de la política pública.

Todas las fases de la política pública son elementales para analizar su efectividad. Sin embargo, Revuelta (2007) resalta la importancia de generar más estudios sobre la fase de implementación, pues es en ella en donde se involucran una multiplicidad de actores y factores que interactúan en el proceso, y que directa o indirectamente intervienen en los resultados finales.

Birkland (2010) describe las características de los actores que interfieren en el desarrollo de una política pública, los cuales pueden influir ya sea en el diseño, la implementación o ambos, distinguiéndose fundamentalmente en dos categorías, los oficiales y los no oficiales.

- a) Los oficiales son aquellos que se encuentran institucionalizados por tanto su actuación es regulada y sancionada, en esta categoría se distinguen los miembros del legislativo, el ejecutivo y el judicial, así como todo el cuerpo burocrático que interviene operando la política.
- b) Los no oficiales son todos aquellos que no se encuentran regulados, su participación no está descrita específicamente en la constitución, pero aun así poseen distintos intereses dentro de la política pública, ya sean individuales o colectivos. Estos actores son: ciudadanos individuales, movimientos sociales y movilizaciones, grupos de presión o interés (partidos políticos, sindicatos, organizaciones civiles, etc.) y medios de comunicación.

¹⁸ Franco (2013) y Douglas (2014) consideran estas tres fases elementales dentro del proceso de la política pública.

1.2.2 Tipos de políticas públicas

El tipo de políticas públicas no solo se distingue por el enfoque o el campo de acción para el que son diseñadas, como en el caso de políticas económicas, agrarias, educativas, etc.; su tipología también se clasifica por la función que posee cada una de ellas sin importar el área en la que se implementen.

Lowi (1996) establece cuatro tipos de políticas públicas, dependiendo de su función para la que fueron diseñadas, él las divide en 4 categorías:

1. Políticas regulativas o reglamentarias
2. Políticas redistributivas
3. Políticas distributivas
4. Políticas constitutivas o constituyentes (p. 100)

Las políticas públicas regulatorias están orientadas a resolver problemáticas que se generan entre diferentes grupos sociales, donde se atenta contra los derechos como la libertad, la propiedad, o las condiciones propias de vida de alguna de las partes, estableciendo normas para regular las conductas, para lograrlo es necesario poner las demandas de un grupo sobre del otro, generando con ello ciudadanos conformes e inconformes, apoyadores y críticos, estas se encuentran en una constante dinámica, pues en algunos momentos resuelven conflictos pero al mismo tiempo generan otros (Aguilar, 2010).

Las políticas públicas redistributivas son aquellas en las que se generan ventajas a ciertos grupos, estas no se otorgan a individuos específicos, los asuntos que se tratan de resolver por medio de su aplicación suelen ser muy complicados, ya que en su mayoría están relacionados con relaciones de propiedad, poder y prestigio social.

Los resultados de la implementación de este tipo de políticas no siempre son favorables, ya que muchas veces solo un cierto grupo suele verse beneficiado. Aguilar (1996) refiere que “el desenlace de estas cuestiones afectará a numerosos sectores de población en puntos cruciales de su existencia social” (pp. 32).

Las políticas públicas distributivas están dirigidas a responder las demandas de un grupo social en las que sus necesidades o problemáticas no se encuentran en conflicto con los intereses o problemas de otros, señalando que cuando es así es posible generar una respuesta favorable ante esas demandas, por lo que dichos grupos quedan razonablemente satisfechos.

Las políticas públicas constitutivas o constituyentes son aquellas que definen las normas o las reglas acerca del poder, por medio de ellas se reforma la Constitución de un país o se introducen reformas institucionales o administrativas o la creación de organismos públicos, su implementación no representa ningún apuro para la ciudadanía, sin embargo, para la autoridad pública esto puede variar.

En resumen, el tipo de política pública dependerá del conflicto público a resolver, dependiendo de los intereses particulares del problema colectivo será el desenlace o el resultado propio de la política.

1.3 Agenda pública

El Estado es el marco de desarrollo de la vida social, en él se generan un sin fin de situaciones que requieren de una atención próxima, por tanto, la agenda pública se convierte en un componente indispensable de la acción gubernamental.

Alzate y Romo (2017) definen a la agenda pública como “un proceso a través del cual determinados asuntos o problemas públicos se posicionan, adquieren un interés general y son trasladados al nivel de la decisión gubernamental mediante distintas estrategias y políticas públicas para su atención” (p.14). Siendo la agenda pública la encargada de enlistar los problemas públicos del Estado, es “el proceso a través del cual ciertos problemas o cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno como posibles asuntos de política pública” (Elder y Cobb, 1993, p. 77).

Las estrategias gubernamentales se construyen a partir de la agenda pública, esta actúa como un proceso constante de organización en la instrumentación de la política pública en general (Arellano, 2010). La agenda pública representa el proceso de gestación de la política pública, ya que en ella se enlistan los conflictos

a resolver con el fin de poder establecer prioridades y desarrollar estrategias adecuadas para su efectiva resolución.

La agenda pública puede observarse desde distintos enfoques, dependiendo del impacto que esta genere o de las acciones que emanen de ella. Alzate y Romo (2017) clasifican los enfoques de la siguiente manera: proceso de políticas públicas, cambio institucional, fijación de la agenda a considerar y movilización de la opinión pública, constructivista y cambio cultural. La agenda pública es decisiva porque a partir de ella se establece el plan de trabajo que un gobierno desarrollará.

Los problemas públicos no se posicionan de manera automática en la agenda pública, para Birkland (2010) estos tienen que transitar por tres etapas antes de ser visualizados. La primera de ellas, es el universo de la agenda donde se encuentran todos los problemas públicos existentes, la segunda es la agenda sistemática, etapa que se alcanza gracias a la intervención de ciertos grupos de interés que colocan a la problemática en el mapa político, y finalmente, logra alcanzar un lugar dentro de la agenda institucional cuando dicha problemática es discutida por los legisladores.

La agenda institucional es aquella en donde el problema público deja su carácter subjetivo para convertirse en el objeto para la formulación de las políticas.

1.4 Obesidad y sobrepeso

El concepto de obesidad define a esta enfermedad como un padecimiento “crónico multifactorial caracterizado por una acumulación excesiva de grasa” (Rodrigo-Cano, Soriano y Merino-Torres, 2017, p. 88) siendo consecuencia de una ingesta superior al gasto energético, que da lugar a un desequilibrio que se refleja en un exceso de peso. El gasto energético es la cantidad de calorías utilizadas por el cuerpo para su correcto funcionamiento, la obesidad resulta como consecuencia de ingerir más calorías de las que se gastan.

La obesidad se ha convertido en un problema público como resultado de un creciente número de casos en los últimos años. Por tanto, para comprender su impacto en la vida social es necesario conocer en detalle las características de este

padecimiento de salud pública¹⁹, el cual representa un conflicto para el Estado. Ya que la enfermedad no solo afecta la vida individual del ciudadano, sino que también amenaza la respuesta de los servicios de salud e incrementa los gastos del gobierno para su atención.

El sobrepeso y la obesidad son considerados como uno de los problemas de nutrición más severos en el mundo, pero no es porque exista una falta de alimento, sino que el alimento consumido es de baja calidad en nutrientes, así como alta cantidad en azúcares y grasas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “el sobrepeso y la obesidad son perjudiciales para la salud” (2018, párr. 2).

Anteriormente, el exceso de peso y tejido adiposo no era considerado un padecimiento, ya que culturalmente era observado como signo de abundancia y salud, solo un aspecto recordado no relacionado con el desarrollo de otras enfermedades. En la actualidad está comprobado científicamente el daño que representa la obesidad.

1.4.1 Método diagnóstico del sobrepeso y la obesidad

La obesidad requiere de un método diagnóstico para su detección temprana, esto con la intención de establecer acciones médicas para revertir el problema de salud. Los principales valores médicos de análisis para la determinación del padecimiento son los valores antropométricos²⁰ como peso, talla y densidad del pliegue cutáneo (OMS, 2018).

Los valores antropométricos permiten generar una estimación matemática de referencia para distinguir entre una condición morfológica sana dentro del parámetro

¹⁹ Un problema de salud pública “es una situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y de la población y puede analizarse desde su magnitud o su letalidad” (Paniagua, 2013, p. 4)

²⁰ La antropometría consiste en una serie de mediciones técnicas sistematizadas que expresan, cuantitativamente, las dimensiones del cuerpo humano. A menudo la antropometría es vista como la herramienta tradicional, y tal vez básica de la antropología biológica, pero tiene una larga tradición de uso en la Educación Física y en las Ciencias Deportivas, y ha encontrado un incremento en su uso en las Ciencias Biomédicas (Malina, 1995, párr. 1)

normal o un trastorno derivado del sobrepeso u obesidad. La medida o estimación matemática es denominada como índice de masa corporal (IMC), indicador simple que resulta de la relación entre el peso y la talla, su uso es frecuente en la identificación del sobrepeso y la obesidad en los adultos, ya que en niños los valores dependen de la edad y otros factores en observación.

El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso (en kilos) de una persona entre el resultado de la talla (en metros) al cuadrado (kg/m^2) (OMS, 2018), dicho resultado se compara con unas cifras estandarizadas que permiten conocer el diagnóstico de su condición metabólica.

En el caso de los adultos, el sobrepeso y la obesidad se indican cuando el resultado del índice de masa corporal supera el valor 25, ya que si el IMC es menor a 25 pero superior a 18 se considera que se encuentra dentro del rango de peso normal. La Organización Mundial de la Salud (2018) clasifica el padecimiento de la siguiente forma:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

La obesidad se divide en tres rangos, obesidad grado uno, obesidad grado dos y obesidad mórbida. La obesidad grado uno es cuando el valor supera los 30 puntos, en el caso de la obesidad grado dos se presenta cuando el valor supera los 35 puntos y la obesidad mórbida o grado tres, es aquella donde el valor supera a los 40 puntos, en este grado como su clasificación lo indica suele ser letal, ya que se presenta un deterioro sistémico generalizado por el exceso de esfuerzo que generan los órganos para mantener su funcionamiento.

1.4.2 Factores de riesgo para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad

Los factores de riesgo son aquellos elementos que aumentan las posibilidades de que un evento negativo ocurra, dentro de la epidemiología²¹ estos factores

²¹ La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud (OMS, 2020).

predisponen la aparición de una enfermedad. En el caso del sobrepeso y la obesidad, generalmente, se sitúan en el desequilibrio energético ocurrido entre calorías consumidas y gastadas.

La morbilidad de la obesidad se ha incrementado como resultado del aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico, ricos en grasa y el descenso en la actividad física, debido a condiciones de una vida cada vez más sedentaria, determinados por; el tipo de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

La mala alimentación y la inactividad física no son únicamente resultado de la vida individual del ciudadano, estos factores se generan como consecuencia de cambios ambientales y sociales, que se asocian en gran parte al desarrollo y la falta de políticas en sectores como la salud, la agricultura, el transporte, la planificación urbana, el medio ambiente, el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y la educación (OMS, 2018).

La obesidad es una enfermedad con múltiples factores de riesgos asociados a diferentes componentes, como lo son los biológicos, los ambientales, los sociales, los económicos, pero el factor principal es el que tiene que ver directamente con los estilos de vida (Rodrigo-Cano, Soriano & Merino-Torres, 2017), los cuales se encuentran estrechamente relacionados con las condiciones socioculturales en las que se desarrolla el individuo.

1.4.3 Consecuencias del sobrepeso y la obesidad

La obesidad no solo es una enfermedad en sí misma, también es un factor predisponente para el desarrollo de una serie de enfermedades no transmisibles, conocidas como enfermedades crónicas degenerativas. La obesidad es el primer paso para el desarrollo de enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado, gota, hipertensión arterial (HTA), problemas de la piel, artrosis, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa y periodontal (OMS, 2018), estas comorbilidades se convierten en el verdadero problema para el Estado. Las personas con obesidad

tienen, además, un mayor riesgo quirúrgico (Soca & Peña, 2009), ya que varias enfermedades generan daños colaterales que requieren de cirugía inminente.

México supera el gasto de bolsillo en salud del promedio de los países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). El gasto mexicano es de 45.2% rebasando con un 26.2% al 19% del coste promedio de los países que pertenecen a la OCDE (Rivera, 2015). El tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas es costoso, al no existir una cura definitiva, las atenciones implementadas son paliativas²², estas atenciones representan una carga económica significativa, ya que son repetidas tantas veces el paciente lo requiera.

Rivera (2015) muestra en su estudio que en México el 85% de la población adulta mayor padece por lo menos una enfermedad crónica degenerativa. La población mayor de 60 años representa el 20.2% de la población en México (INEGI, 2020), sin embargo, el problema de obesidad se presenta desde la infancia, condicionando una aparición temprana de enfermedades crónico degenerativas.

1.4.4 Epidemiología mundial de la obesidad

La obesidad es un problema de salud de carácter mundial, los reportes realizados en 2016 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra la alta incidencia del padecimiento a nivel global, donde más de 1, 900 millones de adultos tienen sobrepeso y 650 millones son obesos (OMS, 2016).

En el mundo el 39% de los adultos tiene sobrepeso, en hombres esto representa el 39% y en mujeres el 40%, estos datos muestran que más de un tercio de la población global padece sobrepeso. No obstante, la obesidad se encuentra presente en el 13% de la población adulta mundial, con un 11% de hombres

²² Cuidados paliativos son cuidados que ayudan a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento. Estos se concretan en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual (OMS, 2017).

afectados y un 15% de mujeres (OMS, 2016). El sobrepeso es la etapa anterior a la obesidad, por ende, es probable que si no se genera una intervención oportuna el porcentaje de adultos con sobrepeso se conviertan en adultos con obesidad.

La población infantil también muestra datos sobre el trastorno relacionado al exceso de peso, 41 millones de niños menores de cinco años y 340 millones de niños y adolescentes de entre 5 a 19 años tenían sobrepeso o eran obesos en 2016 (OMS, 2016), esta enfermedad afectó al 25% de los niños y adolescentes, el aumento ha sido similar en ambos sexos (OMS, 2016). Las cifras indican que la prevalencia mundial se ha cuadruplicado. En 30 años esta misma población representará el número de pacientes con al menos una enfermedad crónico degenerativa.

Anteriormente, el sobrepeso y la obesidad era considerado un problema en países de ingresos altos, no obstante en el presente estos trastornos han aumentado mayormente en países de ingresos bajos y medianos, como resultado del proceso de globalización y la creciente demanda de alimentos industrializados, los mercados han optado por la distribución de alimentos prefabricados, disminuyendo el abastecimiento de productos crudos, esto bajo el argumento de menores costos de almacenaje y distribución.

1.5 Conclusión capitular

El Estado es el marco fundamental que hace posible la vida social. En él se reúnen el territorio, la población y el gobierno. Su objetivo principal es crear las condiciones que permitan la convivencia de quienes lo integran de manera armoniosa con la finalidad de alcanzar el bien común.

El Estado moderno es el resultado de la separación de la iglesia y el sistema de gobierno. Tal bifurcación generó la división de poderes a partir de las cuales se consolidaron el poder legislativo, ejecutivo y judicial. Estos poderes contemplan las tres funciones principales dentro del Estado y la creación del sistema jurídico integrado por leyes y normas; la salvaguarda, protección y garantía de las leyes; y, la administración tutelar del Estado, sus instituciones y políticas de gobierno.

El Estado como ente garante de formular las condiciones necesarias para el bienestar social, se encuentra obligado a crear los mecanismos que respondan a las demandas que surgen en la sociedad. Tales demandas se articulan y describen dentro de la agenda pública, siendo este el documento diagnóstico a partir del cual se estructuran las políticas públicas y programas de gobierno.

Un problema social no siempre alcanza un lugar en la agenda pública. Esto se debe a que existen condiciones y actores dentro de la sociedad, interesados en visibilizar u ocultar ciertas problemáticas. Un problema es considerado y atendido por las instancias gubernamentales cuando logra ocupar un espacio dentro de una agenda institucional o, dicho de otra manera, cuando se encuentra debidamente integrado en un plan de gobierno.

Los problemas de salud son problemas que afectan el bienestar de la población, reducen la calidad de vida, encarecen la prestación de servicios públicos (atención médica) y afectan el desarrollo económico. Por tanto, el Estado debe generar políticas públicas que contrarresten o disminuyan el nivel de afectación de la problemática.

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública, los cuales alcanzaron un reconocimiento público como resultado de los altos índices de incidencia y de los estragos económicos que las comorbilidades derivadas de este padecimiento generaron al gasto de bolsillo individual y al gasto público en salud.

México en particular, ha incluido en su agenda a partir del año 2010 una serie de disposiciones que hacen evidente esta problematización en el campo del bienestar de su población.

CAPÍTULO SEGUNDO

MARCO JURÍDICO DE LA SALUD

Sumario: 2.1 Instituciones marco, 2.2 Tratados internacionales, 2.3 Legislación nacional, 2.4 Normas Oficiales Mexicanas en Salud (NOMS), 2.5 Conclusión capitular.

La obesidad es un problema de salud pública mundial con altos índices de morbilidad en un gran número de países. Su relevancia ha exigido la creación de un marco legal que considere la atención y el seguimiento de las acciones dirigidas a su vigilancia, la cual compete a organismos internacionales y nacionales, denominadas instituciones marco.

Estos organismos tienen como misión principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados, así como la prestación de servicios de atención médica, además de integrar el problema de la obesidad y su impacto enmarcado bajo el panorama epidemiológico mundial.

En este sentido, el capítulo segundo contiene las legislaciones dispuestas en materia de salud que sirven de fundamento para su protección y regulación, desde los acuerdos internacionales hasta las normativas locales.

La legislación internacional se analiza a partir de los criterios que emiten las organizaciones de salud, las cuales se encargan de fungir como referentes en el proceso legislativo internacional, desde los organismos especializados hasta las comisiones internacionales de derechos humanos.

El análisis de la legislación nacional se da en torno a las disposiciones relacionadas con la protección del derecho a la salud, las cuales comprenden desde la constitución, la carta magna legal en México, hasta las leyes propias que rigen las acciones de salud.

La problemática de la obesidad requiere de un arduo trabajo en conjunto, tanto de organismos internacionales como nacionales. Por ello, a continuación, se analizan los rasgos más importantes de estas instituciones.

2.1 Organismos Internacionales

Los organismos de carácter internacional fueron creados para fungir como núcleos legislativos en materia de derecho internacional. Estos se encargan de establecer los parámetros mínimos con los que las naciones logran orientar sus acciones en materia de salud.

2.1.1 Organización Mundial de la Salud

En el caso de la salud la máxima autoridad internacional es la Organización Mundial de la Salud (OMS) fundada el 7 de abril de 1948, en Ginebra Suiza.

La OMS ha instituido una serie de mecanismos de participación internacional, donde confluyen representantes nacionales que discuten temas de relevancia en materia de protección a la salud. Los acuerdos internacionales respaldados por la OMS son el resultado de múltiples cumbres alrededor del mundo, en las que se han gestado un sin número de tratados que buscan dignificar las condiciones de salud en todos los países pertenecientes.

El último informe de la OMS (2020) enlista 194 países miembros de los seis continentes. La presencia de la OMS se encuentra permeada prácticamente en todo el mundo. Esta organización mantiene una colaboración directa en el desarrollo del ámbito de salud de todos los países miembros, aunque no en todos tiene presencia física.

El modelo de conferencias mundiales de la OMS propició la organización de un variado número de foros y cumbres. Los acuerdos tomados en dichas conferencias son los fundamentos de creación de las normativas que se convertirán en los lineamientos jurídicos internacionales

2.2 Tratados internacionales

Para Madies (2017) la legislación sanitaria internacional es “un conjunto de normativas legales, procesos e instituciones de derecho internacional público (DIP)

designados primariamente para el logro de los mayores estándares posibles de salud física y mental de la población mundial” (p.1).

Los primeros esfuerzos para la creación de legislación internacional en materia de salud se originaron por medio de asambleas que colocaban en el pleno de la discusión los principales retos para la comunidad mundial. Hoy en día son el caldo de cultivo idóneo para el establecimiento de acciones en concreto, encaminadas a resolver problemáticas referentes a la cobertura de servicios de salud, incidencias y prevalencia de enfermedades, determinantes sociales para la salud, entre muchos otros temas.

En las asambleas, la alimentación ha sido un tema prioritario que ha presentado a lo largo de la historia diversas problemáticas, una de ellas, referente a la falta de acceso a los alimentos y otra, a la disponibilidad excesiva de alimentos de baja calidad nutricional. Por tanto, el análisis de la alimentación y la nutrición se han materializado en dos grandes conferencias mundiales.

2.2.1 Conferencias mundiales sobre nutrición

La primera conferencia mundial sobre nutrición se celebró en Roma entre el 5 y el 11 de noviembre de 1992. En ella se reconocieron los principales retos en materia de acceso a la alimentación. El principal objetivo era crear un marco de cooperación donde organismos gubernamentales y no gubernamentales se comprometieron a mejorar y aumentar la disponibilidad de alimentos (OMS, 1992).

Las problemáticas alimentarias antes del inicio del nuevo milenio estaban estrechamente relacionadas con la malnutrición y la falta de acceso a los alimentos. Las acciones se encaminaban a disminuir la desnutrición crónica en menores de edad. Resultado, en muchos casos, del poco acceso a una alimentación suficiente en mujeres embarazadas y de sus hijos después de su nacimiento.

La adición de micronutrientes en alimentos de fácil disposición fueron las estrategias más utilizadas para enriquecer la dieta y combatir los problemas de inanición y anemia, derivados de la desnutrición. Enfermedad causante de altos índices de mortalidad infantil.

Tras la globalización y la transición al nuevo milenio los problemas relacionados con la alimentación dieron un giro impresionante. La desnutrición y la muerte por inanición dejaron de ser el principal problema relacionado con los alimentos, instalándose en su lugar el problema de sobrepeso y obesidad.

La segunda conferencia de Nutrición celebrada en noviembre de 2014, 22 años después de la primera, contiene otro tipo de retos. Estos ahora están encaminados a resolver los problemas del exceso de calorías y azúcares, ingredientes que se popularizaron tras la occidentalización de la dieta.

Las acciones establecidas en esta segunda conferencia se centran en la prevención de la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, en el asesoramiento sobre nutrición en atención primaria de salud y en las campañas sobre alimentación sana y nutrición en los medios de comunicación. (OMS, 2014)

La obesidad es ahora la problemática central en esta Segunda Conferencia Mundial de Nutrición. Las acciones están orientadas a disminuir el consumo de alimentos de baja calidad nutricional, pero de alta cantidad calórica. Las estrategias determinadas son las siguientes:

- Impuesto a las bebidas azucaradas;
- Normas de cumplimiento obligatorio en materia de publicidad dirigida a los niños;
- Etiquetado en la parte frontal de los envases (ocho de ellos con normas de cumplimiento obligatorio);
- Normas sobre la promoción inapropiada de la alimentación complementaria;
- Normas sobre los alimentos en las escuelas;
- prohibido las máquinas expendedoras de alimentos y bebidas en las escuelas;
- Medidas para prohibir el uso de grasas trans industriales (OMS, 2019, p.2).

Las conferencias establecieron una serie de directrices a partir de las cuales se generaron diversos compromisos, entre ellos la reunión regional latinoamericana sobre la lucha contra la obesidad infantil, en torno al tema «Hacia la aplicación del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición» celebrada en marzo de 2017.

2017 fue el año en donde se generaron el mayor número de reuniones regionales a nivel mundial con el objetivo de establecer estrategias específicas para

dar combate a la obesidad. (OMS, 2019) No obstante, la obesidad ya era un problema público de carácter internacional.

La resolución 72/306 de Naciones Unidas reconoció los compromisos contraídos y reiteró sus exhortaciones a los Gobiernos y sus asociados a cumplir compromisos más ambiciosos en materia de combate a la obesidad, además, en la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (Nueva York, septiembre de 2018), los jefes de Estado y de gobierno acordaron entre otras cuestiones:

- 1.- Fortalecer su compromiso de proporcionar liderazgo estratégico para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;
- 2.- Promover y aplicar medidas de políticas, legislación y regulación, incluidas medidas fiscales cuando proceda, con miras a reducir al mínimo los efectos de los principales factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles y promover una alimentación y unos estilos de vida saludable;
- 3.- Invitar al sector privado a avanzar en la producción y promoción de los productos alimenticios acordes con una alimentación saludable, reduciendo el uso excesivo de sal, azúcares y grasas, en particular grasas saturadas y grasas trans;
- 4.- Invitar al sector privado a suministrar la debida información sobre el contenido de esos nutrientes, teniendo presentes las directrices internacionales sobre el etiquetado nutricional;
- 5.- Invitar al sector privado a seguir reduciendo la exposición de los niños a la promoción de alimentos y bebidas con elevado contenido de grasas, en particular grasas saturadas y grasas trans, azúcares o sal, y los efectos de esa exposición en los niños, en consonancia con la legislación nacional, cuando proceda. (OMS, 2019, pp.4-5)

Las directrices establecidas por las conferencias mundiales de nutrición son fundamentales para modificar la calidad y el acceso a alimentos saludables. Sin embargo, el combate de la obesidad requiere de acciones integrales que coadyuven en la modificación de los diversos factores de riesgo que propician el problema de las enfermedades no transmisibles como la obesidad.

2.2.2 Otras conferencias internacionales

La cumbre Alma Atta (1978) permitió el desarrollo de los lineamientos de la atención primaria a la salud. En ella se exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria a la salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional, esta cumbre hace una invitación a:

Los gobiernos, a la OMS y al UNICEF, así como a los organismos internacionales, multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria a la salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. (OMS, 1978, Alma Atta, párr.8)

La atención primaria a la salud se establece a partir de la integración de un proceso continuo que tiene como principal enfoque la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, además de generar las condiciones necesarias para dar tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos con un enfoque próximo.

Para la conferencia celebrada en Ottawa en el año de 1986 la OMS señaló como meta para el 2000, generar un sistema que contribuya a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a nivel general de la población, pautando para ello, la campaña *Salud para todos* con el objetivo de modificar las condiciones de acceso a los servicios de salud de la población mundial (OMS, 1986, Ottawa).

La salud para todos solo se consigue por medio de la creación y conservación de condiciones de vida y trabajo sanas, tema que debe ser fundamental en todas las decisiones políticas. Especialmente el tema del trabajo y todos los aspectos referentes a él, como: trabajo social, oportunidades de empleo, calidad de la vida laboral, etc. Pues un sistema con una precaria disponibilidad al trabajo afecta de forma dramática a la salud y al bienestar de sus ciudadanos (OMS, 1988, Adelaida).

La independencia económica y el acceso a los medios laborales forman parte del desarrollo saludable de los individuos.

La idea de salud en todas las políticas establecidas en la declaración de Adelaida, busca generar una red internacional de actores gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en incorporar directrices para asegurar condiciones saludables en todos los espacios. Todas las políticas deben diseñarse a partir de lineamientos que tengan como principio rector vigilar la protección a la salud. (OMS, 1988, Adelaida)

De la mano con la idea señalada en Adelaida, la conferencia celebrada en Sundsvall durante el año 1991 toca los temas relacionados con la promoción de la salud y la búsqueda de entornos saludables. En ella se hace un llamado de atención dirigido a los responsables de las políticas y a quienes toman las decisiones en todos los sectores pertinentes y a todos los niveles. Además, se invita a todos los que se dedican a defender la salud, el medio ambiente y la justicia social, a que forjen una alianza para alcanzar el objetivo común de la salud para todos (OMS, 1991, Sundsvall).

Las legislaciones internacionales en salud buscan encaminar las acciones gubernamentales hacia una actuación política favorable para el mantenimiento de la salud, el fomento de la colaboración o la creación de alianzas por la paz, los derechos humanos, el concepto de multiculturalidad y la justicia social, la ecología y el desarrollo racional. Acciones que representan un reto importante para cada nación en concreto y para todos los organismos internacionales.

Los lineamientos en salud internacionales son los referentes de acción general para los gobiernos nacionales a partir de los cuales elaboran sus políticas internas, contribuyendo a que las naciones busquen la protección de derechos que son vigentes en otros países, igualando las condiciones entre distintas regiones.

Las estrategias señaladas en las distintas conferencias internacionales intentan modificar los determinantes sociales con el objetivo de producir condiciones saludables. Por tanto, todas ellas son importantes en el momento de crear políticas públicas de carácter nacional que busquen contrarrestar y combatir problemáticas

que pongan en riesgo a la salud, como lo es el sobrepeso y la obesidad. Enfermedad multifactorial generada por distintos factores de riesgo.

La ausencia de un sistema de atención primaria a la salud, que priorice la prevención y la su promoción limita el autocuidado de las poblaciones, ya que el desconocimiento de conductas nocivas para la salud incrementa el riesgo de incidencia y prevalencia de enfermedades. Por ello, es necesario diseñar políticas que en todo momento promuevan la salud y el bienestar. Además, de contar con una cobertura de servicios que ofrezcan atención oportuna y frenen los procesos de enfermedad. Acciones que en conjunto fortalecerán la salud colectiva y propiciarán el desarrollo social.

2.2.3 Convenciones sobre derechos humanos

Las convenciones de derechos humanos al igual que los tratados, fortalecen la legislación internacional. Las convenciones y los pactos poseen una preponderancia legal que permite garantizar los derechos humanos. En ellas se dictan una lista de acuerdos que permiten establecer líneas de acción para su resguardo. Las convenciones celebradas se han enfocado en la protección específica de los distintos grupos y en especial de aquellos con mayores vulnerabilidades.

Derechos del niño

La Organización de Naciones Unidas (ONU) celebró la Convención sobre los derechos del niño el 20 de noviembre de 1989. Los acuerdos celebrados entraron en vigor en septiembre de 1990. La infancia fue reconocida como un grupo vulnerable por lo que se sujetó a la protección de sus derechos humanos.

La declaración hace hincapié en que los niños tienen los mismos derechos que los adultos y se subrayan aquellas facultades que se desprenden de su especial condición de seres humanos que, por no haber alcanzado el pleno desarrollo físico y mental, requieren de protección especial.

El derecho a la salud de los infantes se encuentra descrito en el artículo 24 que establece que los niños tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, así como la responsabilidad del Estado para asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios de salud.

A fin de asegurar la plena aplicación de este derecho, la convención señala las siguientes medidas:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. Además, la Convención señala que los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. (UNICEF,2006, pp.19-20)

La convención establece una serie de lineamientos para instituir acciones en favor de la protección del derecho a la salud de infantes. Se reconoce la necesidad de abonar en temas del cuidado a la nutrición, para con ello disminuir las causas de morbilidad y mortalidad infantil.

Derechos de personas con discapacidad

Las personas con capacidades distintas, también, se encuentran en condiciones de vulnerabilidad por ende su derecho a la salud está en constante riesgo de ser violentado. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) celebró la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad el 13 de diciembre de 2006. Los acuerdos resultantes de la convención fungen como instrumento internacional para la protección de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.

El derecho a la salud es contemplado en el artículo 25, el cual indica que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y que los estados partes deberán adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

En particular, la convención establece que los Estados partes aplicarán las siguientes medidas:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuita o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
 - b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad.
- (ONU, 2006, pp.31-32)

Personas en general

El derecho a la salud se encuentra garantizado y protegido por la Organización de Naciones Unidas (ONU). Para lo que ha dispuesto una serie de documentos que fungen como instrumentos para la defensa de cualesquiera acciones que ponga en riesgo el pleno desarrollo de este derecho.

Todo agente que pone en riesgo el estado completo de bienestar, pone en riesgo a la salud. El concepto de salud es complejo pues determina que esta se alcanza cuando se cuenta con “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p.100). Por tanto, la obesidad en su carácter de enfermedad atenta de manera directa contra la garantía del derecho a la salud.

La protección de la salud no es una obligación particular de un Estado nación, su vigilancia y cumplimiento corresponde a un derecho inherente al ser humano, el cual se vincula a un sistema de carácter internacional que establece lineamientos y pactos que obligan a todas las naciones a construir estrategias que hagan efectivo su cumplimiento.

2.2.4 El derecho humano a la salud y los pactos internacionales

La salud debe ser garantizada ya que así lo establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948, documento internacional que es considerado el más excepcional de los últimos años. En su corta frase: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” dota de un valor incomparable a la existencia humana.

En este documento se expresó por primera vez y de forma clara cuáles son los derechos y las libertades a los que todo ser humano puede aspirar de manera intransferible y en condiciones de igualdad (ONU, 2015).

Su composición consta de 30 artículos descritos de forma simple y contundente. Los valores que se rescatan en esta declaración son los siguientes; nacemos libres e iguales, la aplicación de estos es universal, derecho a la vida, nadie será sometido a esclavitud o servidumbre, nadie será sometido a tortura, todo ser humano tiene derecho a una personalidad jurídica, todos somos iguales ante la ley, todo el mundo tiene derecho a defenderse ante los tribunales, nadie podrá ser detenido arbitrariamente ni desterrado, derecho a un juicio justo, derecho a la presunción de inocencia, derecho a la intimidad, derecho a la libertad de movimiento, derecho de asilo, derecho a la nacionalidad, derecho al matrimonio,

derecho a la propiedad, derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, derecho a la libertad de expresión, derecho a la libertad de reunión, derecho a la democracia, derecho a la seguridad social, derecho al trabajo, derecho al ocio, derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a la educación, derecho a la cultura, derecho al orden social, derecho a las libertades y al respeto de la comunidad, derecho a que estos derechos no sean suprimidos en ninguna circunstancia.

El artículo 25 contempla el derecho a un nivel de vida adecuado. Aunque no establece de manera individual el derecho a la salud, sí, hace referencia a él en el interior de su contenido el cual consta de dos fracciones;

1. Todos tenemos derecho a un nivel de vida adecuado que nos asegure, a nosotros y nuestra familia, la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales. Además, tenemos derecho a seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, viudez u otros casos de pérdida de medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños tienen derecho a igual protección social. (ONU, 2015, p.52)

La garantía del derecho a la salud requiere de la interacción de distintos elementos para su correcta protección. Lalonde (1974) establece en su modelo de determinantes sociales de la salud que para gozar verdaderamente de la salud es necesario el apoyo multidisciplinario y el desarrollo de compromisos desde distintos niveles.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) no es plenamente vinculante para los Estados, al ser solo una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) por lo que su aplicación puede verse limitada. (Prosalus y Cruz Roja Española, 2014) Sin embargo, esta dificultad es saneada gracias a la incorporación de los dos pactos internacionales. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

2.2.4.1 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)

La legislación en salud se ha construido a partir de distintas directrices, como ya se mencionó en los párrafos anteriores, el órgano internacional rector en materia de atención en salud es la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, también existen otros anclajes jurídico-políticos que han contribuido a la determinación de las líneas de acción en materia de salud.

El Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC), constituye otro de los grandes referentes internacionales. El cual entró en vigor a partir de su firma en diciembre de 1966. En él se coloca a la salud como uno de los principales derechos y, por tanto, responsabilidades de los Estados. (CESOP, 2006)

La salud posee una preponderancia dentro de varios de los artículos contenidos en el PIDESC, a continuación, se revisan cuatro de estos artículos;

1. El artículo 9 establece los derechos a la seguridad social y al seguro social, dentro de las especificaciones se distingue el derecho a gozar de la red de servicios de seguridad social en casos de enfermedad;
2. El artículo 10 establece el derecho a la más amplia protección y asistencia a la familia en él se distingue la obligación de prestar protección a las madres antes y después del parto;
3. El artículo 11 establece el derecho a un nivel de vida adecuado donde se contempla el acceso a alimentación para con ello establecer una protección contra el hambre.
4. El artículo 12 establece el derecho al más alto nivel posible de salud, en este se establece la obligación de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil; asegurar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a todos. (OEA, 1966)

La salud es un derecho humano que debe protegerse pues de ella depende el correcto desarrollo de los ciudadanos quienes como agentes económicos son los encargados del progreso de una nación. Esta idea se refuerza en la Declaración de Adelaida que establece la necesidad de que todos los sectores incluyan a la salud y el bienestar como componente esencial.

El PIDESC es el instrumento vinculante utilizado por el Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos de la ONU. A partir de él, se regulan y protegen los derechos económicos, sociales y culturales. Y, al mismo tiempo, abona en la fundamentación de la salud y su defensa como un derecho humano.

2.2.4.2 Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Este documento se anexa como Protocolo del PIDESC y entra en vigor el 17 de noviembre de 1988 en San Salvador, conocido, también, como “Protocolo de San Salvador”. El documento consta de 22 artículos, sus disposiciones contienen una serie de complementos que se integran a los criterios ya establecidos en el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales.

Este protocolo sí contempla de manera específica el derecho a la salud en su artículo 10, el cual establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. La salud se instituye como un compromiso del Estado, por lo que se debe garantizar el reconocimiento de la salud como un bien público y verificar el cumplimiento de las siguientes medidas:

- a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (OEA, 1988, pp.5-6).

2.3 Organismos y leyes nacionales

El derecho a la salud en México se encuentra garantizado desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Específicamente en el párrafo tercero del artículo 4°, donde se garantiza el derecho a la protección de la salud para todas las personas que conformen la nación.

El derecho a la salud se impone constitucionalmente como parte de las obligaciones del poder legislativo, señalando que este se encargará de definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios, y disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno en materia de salud.

Las niñas y los niños, también, se contemplan en este artículo. Al agregarse, el derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

La constitución es la carta magna y norma fundamental en México, la cual rige jurídicamente al país, sus disposiciones fungen como directrices en la creación de leyes secundarias. Por tanto, la salud como elemento garantizado en la constitución debe ser una prioridad en el desarrollo de cualquier conjunto legislativo nacional.

2.3.1 Ley General de Salud (LGS)

La ley general de salud es el documento de carácter nacional que garantiza y reglamenta el derecho a la salud en México. Promulgada el 7 de febrero de 1984, en ella se define la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades y atribuciones de la Secretaría de Salud en su carácter de coordinadora de dicho Sistema. Esta ley amplía las determinaciones legales del artículo 4° Constitucional en materia de salud.

Su composición consta de 482 artículos que se clasifican en 18 títulos, a continuación, se muestra un esquema general de esta ley:

TÍTULO PRIMERO - Disposiciones Generales

TÍTULO SEGUNDO - Sistema Nacional de Salud

TÍTULO TERCERO - Prestación de los Servicios de Salud

TÍTULO TERCERO BIS - De la Protección Social en Salud

TÍTULO CUARTO - Recursos Humanos para los Servicios de Salud

TÍTULO SEXTO - Información para la Salud

TÍTULO SÉPTIMO - Promoción de la Salud

TÍTULO OCTAVO - Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes

TÍTULO OCTAVO BIS - De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal

TÍTULO NOVENO - Asistencia Social, Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos

TÍTULO DÉCIMO - Acción Extraordinaria en Materia de Salubridad General

TÍTULO DÉCIMO PRIMERO - Programas Contra las Adicciones

TÍTULO DÉCIMO SEGUNDO - Control Sanitario de Productos y Servicios de su Importación y Exportación

TÍTULO DECIMOTERCERO – Publicidad Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida

TÍTULO DÉCIMO QUINTO - Sanidad Internacional

TÍTULO DÉCIMO SEXTO - Autorizaciones y Certificados

TÍTULO DÉCIMO SÉPTIMO - Vigilancia Sanitaria

TÍTULO DÉCIMO OCTAVO - Medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos (LGS, 2009).

El derecho a la salud y su protección se encuentra descrito en el Artículo 1° establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Y tiene como finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. (LGS, 1984, p.1)

La ley general de salud en su carácter regulador establece acciones en materia de enfermedades no transmisibles, que como ya se ha dicho anteriormente, son en las que se encuadra el problema de obesidad. Para lo que dispone de 4 artículos en los establecen lineamientos específicos en esta materia. Los cuales se revisan a continuación.

El Artículo 158 establece que 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 (LGS, 1984).

El Artículo 159 señala que 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. (LGS, 2009)

El Artículo 160 dicta que 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. (LGS,1984)

El Artículo 161 determina que los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud deberán rendir los informes que la autoridad sanitaria requiera acerca de las enfermedades no transmisibles, en los términos de los reglamentos que al efecto se expidan (LGS, 1984).

En resumen, la Ley General de Salud contiene los lineamientos para la protección y control de las enfermedades no transmisibles, aunque, no señala propiamente el término de obesidad en el catálogo. Se vuelve a recordar que la obesidad es una enfermedad no transmisible, por lo tanto, la ley sí cuenta con un título sobre prevención y control de enfermedades y accidentes, así como un capítulo específico sobre enfermedades no transmisibles. De tal forma que la obesidad se encuentra legalmente considerada y en definitiva su control es responsabilidad del Estado.

2.3.2 Leyes federales

La salud es un derecho sujeto a protección y la constitución lo establece, el completo bienestar argumento esencial del concepto de salud se alcanza gracias a una amplia composición de factores²³. Por ello, cualquier ordenamiento legal que haga referencia a la salud, está comprometido con la garantía de sus factores.

Es necesario precisar que cuando se habla de salud en términos generales no se limita a un catálogo específico. Por ende, el tema en análisis de esta investigación son las acciones referentes a la limitación y combate de la obesidad

²³ La salud se analiza desde distintas aristas, una es la definición en la que se entiende “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, sin embargo, según Mariano, Ramos, y Fernández (2001) señalan que estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es “la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales”

como elemento que pone en riesgo a la salud. Por ello, cualquier disposición que asegure su protección abona dentro de la materia de revisión en este trabajo.

A continuación, se hace una distinción de diversas leyes federales que contemplan en sus disposiciones elementos que promueven la protección del derecho a la salud.

2.3.2.1 Ley de los Institutos Nacionales de Salud

Las instituciones son parte de la estructura elemental del Estado, por medio de ellas se hacen operables las decisiones gubernamentales. Birkland (2010) establece la importancia de las instituciones como actores oficiales dentro de la implementación de políticas públicas, por ende, su rol en la promoción y protección de la salud es fundamental.

De acuerdo con esta ley publicada el 26 de mayo del año 2000, en su Artículo 1. “Se establece que las instituciones de salud tienen por objeto regular la organización y funcionamiento de los Institutos Nacionales de Salud, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se realice en ellos” (LINS, 2000, p.1)

2.3.2.2 Ley del Seguro Social

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución pública de salud, fundada en 1943 por el presidente Manuel Ávila Camacho para garantizar el acceso integral de los trabajadores al desarrollo, su fuente de financiamiento no solo es pública, también opera con recursos privados de los empleadores de sus derechohabientes.

Desde 1943, el IMSS constituye la institución más grande de Latinoamérica en su género, al otorgar atención a la salud y protección social a 57 millones de derechohabientes del régimen obligatorio. (IMSS, 2019).

La ley del seguro social fue publicada 21 de diciembre de 1995, establece en su Artículo 2:

Que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. (LSS, 1995, p. 1)

2.3.2.3 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es una institución pública de salud, fundada en 1959 durante el gobierno del presidente Adolfo López Mateos, con el objetivo de brindar cuidados para la salud y asistencia social de sus derechohabientes.

Esta ley fue publicada el 31 de marzo de 2007. En ella se contempla que la prestación del servicio de salud está regulada bajo el seguro de salud, disposiciones contenidas en el capítulo II, artículo 27 que establece:

El Instituto establecerá un seguro de salud que tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad. El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación física y mental. (LISSSTE,2007, pp. 7-8)

2.3.2.4 Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

La protección de los menores de edad en México está plenamente garantizada en la constitución, su artículo 4° constitucional, fracción 6 señala por objeto garantizar a niñas, niños y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la salud.

La ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LPDNNA) publicada en 2000, en su capítulo octavo señala el derecho a la salud, sus disposiciones se encuentran dentro del Artículo 28. El cual establece que las

niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

- A. Reducir la mortalidad infantil.
- B. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.
- C. Promover la lactancia materna.
- D. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
- E. Fomentar los programas de vacunación.
- F. Ofrecer atención pre y posnatal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.
- G. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.
- H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- I. Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, le reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos.
- J. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar. (LPDNNA, 2014, p.16)

2.2.2.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

En México se considera adulto mayor a las personas de 60 años en adelante, la vejez es una etapa humana caracterizada por el aumento de la fragilidad y la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas (obesidad, diabetes, hipertensión arterial) que conducen a discapacidad y menoscabo de la independencia funcional (Romero, 2011). Por tanto, este grupo etario se encuentra clasificado como vulnerable.

Esta ley fue publicada el 25 de junio de 2002 y tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, capítulo II de los derechos, artículo 5°, fracción III establece “la protección de la salud, la alimentación y la familia” (LDPAM, 2002, p.5). También, esta ley contempla los deberes del estado la sociedad y la familia, Artículo 6° establece;

El Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores con el fin de lograr plena calidad de vida para su vejez. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro. (LDPAM, 2002, p.6)

2.3.2.6 Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad

Las personas con discapacidad representan un sector de vulnerabilidad, México cuenta con 580, 289 personas con algún tipo de discapacidad. (INEGI, 2020). Por ello que para la protección de sus derechos se requiere de un gran compromiso gubernamental, esta ley publicada en 2011 establece que los derechos serán reconocidos a todas las personas con discapacidad, sin distinción por origen étnico o nacional, género, edad, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil, o cualquiera otra que atente contra su dignidad.

El cuidado de la salud está dispuesto en el capítulo 1 sobre salud y asistencia social, su artículo 7, establece que:

La Secretaría de Salud promoverá el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible. Para tal efecto, realizará las siguientes acciones: “Diseñar, ejecutar y evaluar programas de salud pública para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral o especializada, rehabilitación y habilitación, para las diferentes discapacidades”. (LGIPD, 2011, p.7)

Todas las leyes señaladas, anteriormente, establecen su compromiso con la protección y garantía del derecho a la salud. En el caso de las leyes que reglamentan a las instituciones. Estas establecen su responsabilidad para la generación de condiciones dentro de sus facultades para salvaguardar el derecho humano a la salud.

2.3.3. Normas Oficiales

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones de carácter técnico con observancia obligatoria. En ellas se describen las características que deben reunir los procesos o servicios, para asegurar con ello el control de riesgo para la seguridad y salud humana.

2.3.3.1. Normas Oficiales Mexicanas en Salud (NOM en Salud)

Las NOM en materia de salud son aprobadas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE), posteriormente son publicadas en el Diario Oficial de la Federación, a diferencia de otras Normas Mexicanas, estas entran en vigor al día siguiente de su publicación, su revisión debe realizarse cada cinco años a partir de su publicación, esto permite que el CCNNPCE genere modificación, cancelación o ratificación de las mismas.

2.3.3.2. Normas oficiales mexicanas para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades.

Las normas en salud son las únicas regulaciones de carácter legal que identifican específicamente las acciones realizadas en materia de obesidad, las otras disposiciones contemplan el derecho a la salud y su regulación, pero no describen de forma precisa el catálogo de enfermedades que se vinculan a este derecho.

México cuenta con un total de 234 normas en salud. Las cuales establecen los lineamientos específicos a partir de los cuales se generan las acciones en salud.

Para efectos de esta investigación solo se revisarán las normas para el control de la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y las dislipidemias.

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad tiene como objetivo principal establecer los criterios mínimos para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, las características mínimas que deben reunir los profesionales de las disciplinas de la salud que intervengan en el tratamiento del paciente y los requisitos mínimos de funcionamiento que deben cumplir los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado.

La NOM 008 para el control de la obesidad es de observancia obligatoria para todos los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, así como para los establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, que se ostenten y oferten servicios para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, mediante el control y reducción de peso, en los términos previstos en la misma.

Esta norma establece que “todo paciente con sobrepeso u obesidad requerirá de un tratamiento integral, en términos de lo previsto en esta norma” (NOM008, 2010, p.5) Para ellos adjunta una serie de disposiciones generales. A continuación, se presenta el listado de disposiciones.

5.2. El tratamiento médico-quirúrgico, nutricional y psicológico del sobrepeso y la obesidad, deberá realizarse bajo lo siguiente:

5.2.1. Se ajustará a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica;

5.2.2. Deberá estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dieta-terapia, psicoterapia, farmacoterapia y el tratamiento médico quirúrgico;

5.2.3. El médico será el responsable del tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, el licenciado en nutrición y el psicólogo serán responsables del tratamiento en sus respectivas áreas de competencia profesional;

5.2.4. El tratamiento indicado deberá entrañar menor riesgo potencial con relación al beneficio esperado;

5.2.5. Deberán evaluarse las distintas alternativas de tratamiento disponibles, conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes y comorbilidades que afecten su salud;

5.2.6. Se deberá obtener carta de consentimiento informado del interesado, familiar, tutor o su representante legal, de conformidad con lo que establece la NOM-168-SSA1-1998, referida en el numeral 3.4. de esta norma;

5.2.7. Todo tratamiento deberá prescribirse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos y antropométricos que incluyan: IMC y perímetro de cintura y cadera.

5.2.8. Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutriólogicas para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud. Asimismo, se debe incluir un programa individualizado de actividad física y ejercicio adecuado a la condición clínica y física de cada paciente, tomando en cuenta las normas NOM-015-SSA2-1994 y NOM-030-SSA2-2009, referidas en los numerales 3.1. y 3.2. de esta norma;

5.2.9. Los medicamentos e insumos para la salud empleados en el tratamiento, deberán contar con registro que al efecto emita la Secretaría de Salud.

5.3. La elaboración del expediente clínico y de las notas de atención médica, nutriólogica o psicológica, en el ámbito institucional o de la consulta independiente o no ligada a un establecimiento hospitalario, deberán realizarse conforme a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998, referida en el numeral 3.4 de esta norma.

5.4. Los establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado que proporcionan servicios para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos aprobados para dicho propósito. (NOM008, 2010, pp. 5-6)

La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias. Es claro que esta norma sólo presenta las disposiciones mínimas con las cuales se debe otorgar atención al padecimiento del sobrepeso. No obstante, sería benéfico que esta norma señalara la necesidad de contar con registros del seguimiento de la atención ofrecida a pacientes diagnosticados.

La obesidad aumenta el riesgo de muerte súbita en los obesos, pues es tres veces mayor que el de los no obesos, y es el doble para el desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad cerebrovascular (ECV) y cardiopatía isquémica (CI), mientras la posibilidad de desarrollar de diabetes mellitus (DM) es 93 veces mayor cuando el índice de masa corporal (IMC) pasa de 35. (García y Creus, 2016) Por tanto, la obesidad es un factor de riesgo determinante.

Las normas oficiales también poseen lineamientos específicos para la atención de la diabetes, la hipertensión arterial y las dislipidemias, enfermedades relacionadas intrínsecamente con la obesidad y causantes de un gran número de

muertes en México²⁴. En primer lugar, la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. En segundo lugar, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Y, en tercer lugar, la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, estas medidas son utilizadas para la atención integral de las enfermedades subsecuentes a la obesidad.

La obesidad es un factor de riesgo para la expresión de otras enfermedades, esta relación se encuentra descrita en el capítulo primero, dentro del subtema 1.4.3 sobre las consecuencias. Por lo tanto, esta condición no es un problema por sí misma, pero sí el origen etiológico de otras enfermedades con características crónico degenerativas que no tienen cura.

2.4 Conclusión capitular

La obesidad como problema de salud pública mundial no contiene una disposición de regulación específica, no obstante, sí existen esfuerzos internacionales, que permiten justificar jurídicamente la necesidad de dar combate a la obesidad. Es fundamental señalar la importancia de los organismos internacionales como la OMS y sus múltiples conferencias, en donde se exhorta la urgente necesidad de generar condiciones en los países miembros para asegurar el acceso a la atención en salud y, de manera específica, abonar al combate de la obesidad por medio de mecanismos que permitan el acceso a una alimentación adecuada.

La alimentación constituye el argumento prioritario en las distintas conferencias, las condiciones relacionadas van desde la producción de alimentos, el acceso, la distribución y, finalmente, la conciencia del consumo de una dieta saludable. Por lo que conferencias como Alma Atta, proponen un enfoque de

²⁴ El año 2018 registró que de las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres se encuentran: enfermedades del corazón con 149 368 muertes las cuales representan el 20.7%, diabetes mellitus con 101 257 muertes las cuales representan el 14% y tumores malignos con 85 754 muertes las cuales representan el 11.9% (INEGI, 2019).

atención primaria a la salud, donde el componente principal sea la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, con acciones específicas como la alimentación saludable.

La promoción de la alimentación saludable no puede ser posible si no se cuenta con un enfoque de salud como parte prioritaria en el diseño de todas las políticas, tal como se señala en la conferencia de Adelaida y se refuerza más tarde en Sundsvall al señalar que debe existir una salud para todos.

Las conferencias mundiales han colocado de precedente las necesidades en salud, no obstante, aunque estas cuentan con la presencia de representantes de distintos países, sus acuerdos no son acatados de manera efectiva, por ello es importante hacer uso de otro tipo de recursos como los diseñados en materia de protección de derechos humanos, donde se establece que el derecho a la salud debe ser garantizado.

El derecho a la salud se encuentra velado gracias a dos grandes pactos: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo de San Salvador. Además, el derecho a la salud debe estar permanentemente garantizado en grupos vulnerables, ya que esa es la determinación de la Organización de Naciones Unidas.

La legislación nacional cuenta con un robusto cuerpo jurídico que prevé la protección del derecho a la salud, su garantía está contemplada desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4to, siendo esta la máxima ley en el país.

De manera específica, México cuenta con una Ley General de Salud, en ella se garantiza y reglamenta la atención en salud, además, contempla el control de las enfermedades no transmisibles, las cuales en su mayoría son el resultado del padecimiento de obesidad. Por tanto, la ley sí abona en las acciones de combate a la obesidad.

Existen otras leyes secundarias que ofrecen disposiciones igualmente valiosas en el momento de la defensa del derecho a la salud como lo son: la Ley de los Institutos Nacionales en Salud, que tiene por objeto la organización de las

funciones de las instituciones en salud. Aunado a esto, también se cuenta con la Ley del seguro Social y con la Ley del Instituto de Trabajadores del Estado.

La protección del derecho a la salud de los grupos vulnerables se encuentra normado gracias a tres leyes principales, las cuales son: Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad. Estas leyes contemplan la necesidad de garantizar condiciones óptimas para la salud, principalmente aquellas relacionadas con la nutrición y el acceso a una alimentación adecuada.

Es fundamental indicar que México solo cuenta con un tipo de disposición legal que hace mención puntual de la obesidad, esta enfermedad se encuentra debidamente reconocida en las normas oficiales mexicanas en salud. Siendo la NOM-008-SSA3-2010 la que contempla los criterios para la atención del sobrepeso y la obesidad. Por ello, es necesario enriquecer en el ámbito nacional la legislación en materia de obesidad, esto por el grave problema que representa para la salud nacional. Además, aunque se cuenta con una norma oficial, esta no posee una disposición de obligatoriedad en el seguimiento a los pacientes diagnosticados.

Existen otras tres normas oficiales que refuerzan la atención de las complicaciones de la obesidad, estas atienden de manera específica las características de sus tres principales comorbilidades, las cuales son: la NOM-037-SSA2-2002 para la atención de las dislipidemias, la NOM-015-SSA2-1994 para la atención de la diabetes y la NOM-030-SSA2-1999 para la atención de la hipertensión arterial.

La protección de la salud es el argumento fundamental en el momento de justificar la necesidad de crear mayor legislación específica para el control de la obesidad. Su determinación como derecho humano obliga a las instancias internacionales y locales a visibilizar la urgencia de establecer un sistema normativo concreto para encuadrar y proporcionar una línea transversal de acciones encaminadas al control del sobrepeso y obesidad. Es necesario que los esfuerzos converjan en un mismo marco de regulación para que a partir de este todas las

acciones contengan el mismo objetivo y, por ende, puedan ser supervisadas bajo la misma reglamentación.

CAPÍTULO TERCERO

LA OBESIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y SUS POLÍTICAS PÚBLICAS

Sumario: 3.1 Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en México, 3.2 La obesidad en México como un problema de salud pública, 3.3 Políticas públicas nacionales para el combate de la obesidad, 3.4 Planes nacionales de desarrollo, 3.5 Conclusión capitular.

El sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias) son un problema de alcance mundial. México muestra que, en tan solo 20 años, la desnutrición dejó de ser el principal problema relacionado con el acceso de alimentos en el país y en su lugar se instalaron las enfermedades relacionadas con el exceso de peso y tejido adiposo. Sin embargo, el acceso a una alimentación adecuada no sufrió grandes cambios, lo que ocurrió fue una gran occidentalización de la dieta²⁵.

Los dos capítulos anteriores permiten recopilar los elementos necesarios para una comprensión más concreta del problema que representa la obesidad: el primero contiene todo el referente conceptual y el segundo integra los elementos jurídicos internacionales y nacionales para la defensa del derecho a la salud. Se aborda desde la perspectiva de la protección, ya que la epidemia de obesidad atenta directamente contra la salud.

En este tercer capítulo se ofrece el panorama epidemiológico nacional del sobrepeso y la obesidad. Además, se integra la epidemiología específica de las tres principales comorbilidades de la obesidad: Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemias. El contexto epidemiológico de estas enfermedades permite,

²⁵ La occidentalización de la dieta, según autores como Popkin (2012) y Solomons (2013) se encuentra ligada a cinco características principales; Aumento de la disponibilidad a bajo costo, de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal, sumado a la reducción en el consumo de frutas y vegetales frescos; Aumento en el consumo de comida rápida; Disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos; Aumento en la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos ultra procesados (PUP), con mayor impacto en niños pequeños; Aumento de la oferta de alimentos industrializados en general.

posteriormente, argumentar porqué es considerado una problemática de salud pública nacional y que otros factores no epidemiológicos son afectados por la alta prevalencia de estos padecimientos.

El capítulo tercero, además, describe cuáles han sido las políticas públicas diseñadas a nivel nacional para el control de la epidemia de obesidad. Se revisa, el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA) y la Estrategia de Prevención y control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD). Al igual, se muestra cuáles han sido las estrategias y líneas de acción de los planes nacionales de desarrollo que comprenden el periodo de 2010 a 2021.

Es importante aclarar que en este capítulo sólo se revisará el marco institucional y la descripción de las políticas públicas. Las evaluaciones realizadas para determinar la efectividad de estos programas se analizarán en el cuarto y último capítulo.

3.1 Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en México

El sobrepeso y la obesidad poseen una infiltración mundial. En México es considerado un problema sanitario, presente tanto en grupos de población de alto poder adquisitivo como en condiciones de vulnerabilidad. La Encuesta de Salud y Nutrición 2018 muestra una prevalencia de 38.8% en zonas urbanas y un 32.1% en zonas rurales. El problema presenta una distribución generalizada en todo el país. Sin embargo, los estados que registran la mayor prevalencia son Veracruz, Quintana Roo, Colima, Sonora y Tabasco. (ENSANUT, 2018)

Los reportes realizados por ENSANUT entre los años 1988 y 2018, permiten visualizar cómo el problema de sobrepeso y obesidad se instaló en tan solo 20 años. Después de que la desnutrición era el principal problema relacionado con el acceso de alimentos en México, la transición epidemiológica ubicó al sobrepeso y la obesidad no sólo como un problema alimentario, sino como el responsable del desarrollo de muchas otras enfermedades.

Desafortunadamente, el acceso a una alimentación adecuada no ha mejorado, sin embargo, la dieta ha sufrido grandes cambios tras la globalización.

Como Rivera (2012) establece, existe un aumento en la disponibilidad de alimentos procesados a bajo costo, adicionados con altas cantidades de grasas, azúcares y sal, así como un aumento en el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa, fenómeno que surge como resultado de la disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos.

Otro factor relevante es la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y de productos que facilitan las tareas y el trabajo cotidiano. La facilidad para preparar alimentos y la poca disponibilidad de tiempo para esta actividad, ha dado como consecuencia una mayor oferta de alimentos industrializados en general, que además se anexa a esta situación la disminución de las actividades físicas en la población.

La globalización y sus patrones de consumo, han contribuido en el crecimiento del sobrepeso y obesidad en México, en donde se observa que el incremento de este padecimiento no se ha visto interrumpido a partir del inicio del Siglo XXI y su creciente ola de globalización.

En el año 2000 el porcentaje de sobrepeso y obesidad era de 61.8%, en seis años el problema se incrementó en 7.9 puntos porcentuales registrando para 2006 una prevalencia de 69.7%. En 2012 el crecimiento fue de 1.5 puntos llegando a 71.2%. Finalmente, en la encuesta 2018, la última hasta el momento, se registró un porcentaje de 75.2%. En 18 años el problema del sobrepeso y obesidad ha tenido una ampliación de 13.4%. (ENSANUT, 2006, 2012, 2018)

La población adolescente (12 a 19 años) con sobrepeso y obesidad, también, ha aumentado en los últimos años. De acuerdo con el reporte de ENSANUT (2006) la prevalencia de este padecimiento registraba un porcentaje de 33.2%, el cual, desafortunadamente, para el año 2012 había aumentado a 34.9 %. No obstante, en 2018 el padecimiento había crecido 3.5% puntos porcentuales, registrando que el 38.4 % de la población adolescente en México padece sobrepeso y algún grado de obesidad.

El mayor incremento de esta enfermedad se registra en la población femenina, ya que del 11.1% registrado en 1988 la cifra ha crecido un 30% para

2018, año que registró un 41.1%. Estos datos revelan una tendencia de crecimiento de 1 punto porcentual por año (lo cual representa un total de 645 mil mujeres). Si esta tendencia se mantiene hasta 2028 más de la mitad de las mujeres adolescentes desarrollaran sobrepeso y obesidad.

La epidemiología de sobrepeso y obesidad en niños de (5 a 11 años) mantiene una tendencia de crecimiento baja de 2006 a 2018. No obstante, el porcentaje que registra no es mínimo. En el año de 1999, el 24.15% de la población infantil presentaba sobrepeso y obesidad. Siete años más tarde había aumentado 10.65 puntos porcentuales, registrando una prevalencia de 34.8% en 2006. A diferencia de otros grupos etarios, el problema de obesidad en el año 2012 presentó una reducción registrando un 34.4%, siendo esta muy mínima en relación al parámetro anterior y al crecimiento acelerado en otros grupos etarios.

El dato más reciente obtenido en 2018 muestra un ligero incremento en la prevalencia con un registró de 35.6%. (ENSANUT, 2006, 2012, 2018) Desafortunadamente, esta tendencia puede continuar en aumento con el cambio a la adolescencia y la marcada disminución de la actividad física.

Finalmente, el grupo etario que muestra menor prevalencia son los niños de 0 a 4 años. Aunque, el incremento de 2006 a 2012 ha sido inferior a los 2 puntos porcentuales con un registro de 8.3% (2006) y 9.7% (2012), en 2018 este porcentaje logró una reducción y alcanzó una incidencia de 8.2 %. (ENSANUT, 2018). Lo anterior se puede observar de manera concreta tabla1, la cual se muestra a continuación.

Tabla 1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupo etario.

Grupo Etario	2000	2006	2012	2018
Adultos (20 años y más)	61.8%	69.7%	71.2%	75.2%
Adolescentes (12 años a 19 años)	28.0%	33.2%	34.9%	38.4%
Niños (5 años a 11 años)	24.2%	34.8%	34.4%	35.6%
Niños (0 años a 5 años)		8.3%	9.7%	8.2%
Población total	28.5%	36.5	37.5%	39.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de ENSANUT, 2000, 2006, 2012, 2018.

Los registros epidemiológicos muestran que la mayor prevalencia se registra en adultos. Lamentablemente, la edad y la relación con la obesidad son dos factores decisivos para la expresión de otras enfermedades como lo son la diabetes, las dislipidemias, la hipertensión arterial y muchas otras enfermedades no transmisibles. Por lo que, a continuación, se muestra la epidemiología de las comorbilidades relacionadas con la obesidad.

3.1.1 Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y las dislipidemias

Como se ha mencionado anteriormente, el sobrepeso y la obesidad no son un problema en sí, son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles. Entre las más importantes destacan la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y las dislipidemias, por ello la importancia de presentar, también, su panorama epidemiológico nacional.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad caracterizada por el aumento de glucosa en sangre, su prevalencia al igual que el sobrepeso y la obesidad presenta un aumento en los últimos años. Según los informes de la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición en el año 2006, 7.2% de la población mayor de 20 años presentaba diagnóstico de DM2, y para el año 2012 esta cifra había aumentado a 9.2%, porcentaje que representa un volumen poblacional de 6.4 millones de pacientes. Sin embargo, para 2018 este panorama no mejoró registrando un 10.3% de prevalencia, equivalente a 8.6 millones de afectados. Se estima que, si las tendencias continúan como hasta el momento, uno de cada dos niños mexicanos nacidos a partir del 2010 va a desarrollar diabetes a lo largo de su vida (Meza, 2015)

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa como la mayoría de las enfermedades no transmisibles. Por tanto, existen una gama amplia

de complicaciones que derivan de ella, como lo son la retinopatía diabética (Deterioro ocular), nefropatía diabética (Deterioro renal), neuropatía diabética (Deterioro en el sistema nervioso), cardiopatía Isquémica (Enfermedades del corazón), arteriopatía periférica (Atrofia de miembros inferiores principalmente), Enfermedad cerebrovascular, entre otras.

Las complicaciones de la diabetes mellitus se encuentran asociadas a los altos gastos de atención hospitalaria, y específicamente a los tratamientos de diálisis y hemodiálisis. El costo anual promedio de atención para tratamiento de diálisis por paciente en el año 2018 fue de \$465,485.96. En el caso del tratamiento de hemodiálisis en ese mismo año se registró un gasto de \$783,780.44.

Finalmente, aquellos pacientes que requirieron un trasplante renal generaron un gasto anual promedio de \$799,374.84. El gasto total para la atención de complicaciones de enfermos renales, supera la mitad del presupuesto asignado para tratamiento de enfermedades y maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La enfermedad renal es costosa y altamente mortal. En 2017 del total de pacientes que requerían un trasplante sólo 18.7% recibió un trasplante renal (3,150) y 81.3% (13,634) de los pacientes se encontraban en lista de espera de un riñón. Se requiere de una ampliación del programa de trasplantes. Sin embargo, la enfermedad renal originada como complicación de la DM2 y la hipertensión arterial se puede prevenir desde la limitación y disminución de pacientes con sobrepeso y obesidad.

Hipertensión arterial sistémica (HAS)

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad caracterizada por el aumento de la tensión arterial. Esto quiere decir el esfuerzo que realiza el corazón para bombear la sangre dentro de la arteria, su incidencia está altamente relacionada con el padecimiento previo de sobrepeso y obesidad. De acuerdo con los datos obtenidos de ENSANUT 2012, esta enfermedad se encontraba presente en 9.3 millones de mexicanos mayores de 20 años y su equivalencia era del 16.6%

de la población. Para 2018, 15.2 millones de mexicanos presentaban diagnóstico de HAS, superando el porcentaje registrado en 2012 con 1.8% de crecimiento sexenal. (ENSANUT, 2018)

Las complicaciones de la hipertensión arterial generalmente se desarrollan por una deficiencia vascular. Entre las más frecuentes se encuentran; enfermedades del corazón, insuficiencia renal crónica, eventos cerebrovasculares como embolia cerebral (Triana, 2002).

En el año 2019 el 88.8% por ciento de los decesos se debieron a consecuencia de enfermedades y problemas relacionados con la salud, entre los cuales las enfermedades del corazón sumaron 156, 041 fallecidos, lo que representa un 23.5 %, colocando a esta complicación como la causa número uno de muertes en México. (INEGI, 2019)

Dislipidemias

Las dislipidemias son una condición caracterizada por la concentración elevada de lípidos en sangre como colesterol, triglicéridos o ambos, además esta condición también se relaciona con una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas (HDL). Este padecimiento aumenta la probabilidad de arterias obstruidas (aterosclerosis), infartos, derrames cerebrales y otras complicaciones del sistema circulatorio, al igual que las otras dos enfermedades señaladas, esta también se relaciona con el padecimiento previo de sobrepeso y obesidad.

En el año 2012 la Encuesta en Salud y Nutrición registró que el 37% de la población mayor de 20 años presenta esta condición. No obstante, para el año 2018 este porcentaje ha disminuido a 32.7%, cifra que representa casi una tercera parte de la población adulta. (ENSANUT, 2018)

El conjunto de complicaciones acumuladas por estas tres enfermedades; diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias, representa el verdadero problema del sobrepeso y la obesidad. Por ello, resulta fundamental que las acciones diseñadas para su combate logren cumplir con sus objetivos, ya que, si no se limita la creciente

incidencia, es imposible que los sistemas de salud puedan ofrecer la atención médica necesaria para satisfacer el volumen de las demandas.

3.2 La obesidad en México como problema de salud pública

La obesidad es un problema de salud pública a causa de sus enormes dimensiones epidemiológicas, cifras que se detallaron en los párrafos anteriores y permiten demostrar la complejidad del padecimiento, el cual desafortunadamente, no solo se asocia a un grupo de edad ni a una región en específico, además, la severidad del problema se fundamenta como consecuencia de su gran gama de comorbilidades asociadas.

Para Torres y Rojas (2018) estas inciden en el incremento del gasto público destinado a salud, en la productividad laboral, en la competitividad, y, al mismo tiempo, la mortalidad prematura asociada afecta las actividades económicas en conjunto. Además, ellos establecen que, en términos económicos, la epidemia de sobrepeso y obesidad se ha convertido en el problema más grave y costoso de salud pública en México.

De acuerdo con el reporte de la Secretaría de Salud se estima que el costo total de la obesidad en 2017 fue de 240 mil millones de pesos y seguirá aumentando hasta alcanzar los 272 mil millones en 2023, un aumento de 13% en seis años (SSA, 2018).

Aunado al gasto de atención, el combate a la obesidad también tiene como componentes de acción todas aquellas actividades enfocadas a la prevención y diagnóstico oportuno. Para el año 2021, el proyecto de presupuestos establece que el programa para la prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes recibirá \$567,700,000.00 millones de pesos, el cual equivale al .39% del presupuesto total para salud el cual es \$145,414,570,947.00 (PPFE, 2021).

Conviene subrayar que el gasto directo acumulado para la prevención, el diagnóstico y la atención de la obesidad, representa más de una cuarta parte del gasto total en educación.²⁶

El sobrepeso y la obesidad cuestan 5.3% del PIB a México (Navarro, 2020). Este porcentaje engloba las acciones en materia de prevención, atención de la enfermedad y sus comorbilidades, medidas fiscales y pérdidas indirectas por incapacidad y muerte prematura. El costo general de la obesidad supera el porcentaje total del PIB destinado para la función salud en el ejercicio 2021, el cual es de 2.7% del PIB nacional.

Los costos sociales indirectos del sobrepeso y la obesidad para 2015 ascendieron a más de \$300,000,000.00 millones de pesos, de los cuales el 54% corresponden a pérdidas de ingreso por mortalidad prematura y el 56% a las pérdidas de ingreso por ausentismo laboral, además, el número de horas perdidas equivale entre 25% y 68% de los empleos formales que se generaron en 2014 (IMCO, 2015).

La economía individual de quien padece sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades se ve fuertemente afectada, ya que su condición se refleja en una disminución de la productividad laboral. Además, los costosos gastos para la atención de las complicaciones, producen un fenómeno de empobrecimiento crónico. No obstante, la pobreza puede presentarse como resultado o también como factor de riesgo, ya que según El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) actualmente el 12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes y el 90% de esos casos se atribuyen al sobrepeso y obesidad (SSA, 2010).

La prevalencia e incidencia anual del sobrepeso y obesidad en México, aumenta constantemente. Como se ha señalado en múltiples ocasiones representa un problema severo de salud pública. Además, la población afectada por este padecimiento se encuentra en un alto riesgo de desarrollar complicaciones que

²⁶ La suma total de la atención, la prevención y el diagnóstico de la obesidad y sus comorbilidades asciende a 240 mil 567 millones 700 mil pesos. Sin embargo, el presupuesto para educación de este 2021 será 836 mil 400 millones de pesos, por tanto, la obesidad y sus comorbilidades le cuestan al Estado más de una cuarta parte del presupuesto en educación. (PPEF, 2021)

limitan su funcionalidad laboral. En términos económicos, un discapacitado por enfermedad se convierte en un dependiente económico de su familia y/o del Estado. Esta situación es crítica, ya que, la población productiva no siempre es capaz de sostener los gastos de incapacidad y atención médica que representa este problema.

En el año 2015 México ocupó el segundo lugar de prevalencia de obesidad en la población adulta a nivel mundial, la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea. Respecto a la población infantil, ocupó el cuarto lugar, superado por Grecia, Estados Unidos e Italia (Dávila, 2015). Aunque, México no encabezó la lista internacional, las comorbilidades y sus complicaciones, si encabezan las principales causas de muerte en el país. En primer lugar, se encuentran las enfermedades del corazón, con un acumulado de 149, 368 defunciones y, en segundo lugar, la diabetes mellitus tipo 2 con 101, 257 defunciones (INEGI, 2019).

Es inminente que el sobrepeso y la obesidad representan un grave problema para México. Por ello, Dávila (2015) señala que es necesario planear e implementar estrategias y líneas de acción costo efectivas, dirigidas a la prevención y control de la obesidad del niño, el adolescente y el adulto. Así mismo, establece que se requiere formular y coordinar estrategias multisectoriales eficientes que permitan potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario.

3.3 Políticas públicas nacionales para el combate de la obesidad

La obesidad es una gran problemática que necesita ser contemplada de forma permanente dentro de la agenda pública y todos los planes de gobierno, independientemente de las alternancias políticas, ya que “el incremento en los costos sanitarios, ocasionado por el aumento en la prevalencia de obesidad se ven potenciados, por ser esta enfermedad un factor de riesgo de otras enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, etc.” (Mussini y Temporelli, 2012, párr.6).

La primera vez que la obesidad ocupó un lugar dentro de la agenda pública fue en el año 2006 como consecuencia de los resultados obtenidos en la Encuesta de Salud y Nutrición. Los datos mostraron un contraste alarmante con lo registrado en años anteriores, en donde, entre el año 2000 y el 2006 se observó un incremento de 7.9% puntos porcentuales en la prevalencia del sobrepeso y obesidad en adultos.

La cifra más alarmante fue la registrada en el grupo etario de niños de 5 a 11 años, la cual había crecido casi 40% en tan solo 6 años. (ENSANUT, 2000, 2006). A partir de este momento, las malnutriciones relacionadas con el exceso de acumulación adiposa no han abandonado la agenda y continúan representando un problema severo en términos de salud.

Los resultados de la comparación de la prevalencia entre 2000 y 2006 lograron que México mostrará interés en generar acciones inmediatas para combatir la problemática de salud pública que el sobrepeso y la obesidad representaban. Como respuesta se diseñó e implementó el Acuerdo Nacional Para la Salud Alimentaria (ANSA) y años más tarde, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD).

Además, los planes de gobierno de 2007 en adelante han contemplado el problema de sobrepeso y obesidad. Para efecto de este trabajo de investigación se analizan los planes de desarrollo comprendidos en el periodo 2010 y 2021.

3.3.1 Acuerdo Nacional Para la Salud Alimentaria (ANSA)

La velocidad con la que aumenta la distribución mundial del sobrepeso y la obesidad, produjo que la Organización Mundial de la Salud en el año 2004, por medio de la Asamblea Mundial de la Salud aprobará la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud para combatir la pandemia mundial de obesidad. Esta estrategia fue un llamado a que los gobiernos implementaran políticas efectivas para enfrentar la creciente epidemia de obesidad.

El panorama internacional y nacional del sobrepeso y la obesidad, condujo a México a establecer el primer mecanismo de acción para dar una respuesta oportuna a esta problemática de salud pública. Para ello, se presentó el Acuerdo

Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA) el 10 de enero de 2010, estrategia de corte multifactorial para la atención y el combate de la obesidad.

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), se instauró bajo la presidencia del Lic. Felipe Calderón Hinojosa, su gobierno reconocía que el combate de esta epidemia era un reto tan urgente como complejo. Además, reafirmaba el compromiso de generar las condiciones necesarias que permitieran una exitosa implementación y de esta manera asegurar el cumplimiento de 10 objetivos prioritarios, los cuales se presentan a continuación:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua potable simple.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, haciendo accesibles y poniendo a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
10. Disminuir el consumo diario de sodio y aumentar la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio. (SSA, 2010, p.27)

Los primeros seis objetivos están relacionados con el contexto inmediato del ciudadano, dependen principalmente de la voluntad individual para modificar sus hábitos alimenticios y sus actividades físicas. No obstante, aunque estos primeros seis objetivos poseen una relación más próxima al individuo, es importante enfatizar que las condiciones de los entornos, así como las ofertas adecuadas para el acceso a alimentos saludables, también forman parte de las responsabilidades del gobierno.

En el caso de los otros cuatro principios estos en definitiva requieren de una directa y decidida participación del Estado, en donde serán las acciones de gobierno las encargadas de direccionar y generar las condiciones de cooperación entre los distintos sectores de la sociedad, desde los primeros productores de alimentos, hasta las industrias alimenticias. La falta de acciones coordinadas puede poner en riesgo el cumplimiento de estos objetivos.

Para cumplir los 10 objetivos es necesario contar con una línea lógica de acción horizontal que considere siempre como requerimiento fundamental la transversalidad. Por ello, el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria desarrolla cuatro ejes principales, con la intención de reforzar las acciones político-sociales y generar atmósferas que faciliten el cumplimiento de los objetivos. Los cuatro ejes son los siguientes;

1. Información, educación y comunicación: promover el acceso a la información y la toma de decisiones educadas y basadas en evidencia en la población, para mejorar la calidad de su alimentación, incrementar la actividad física y, en general, promover estilos de vida saludables.
2. Abogacía, correulación y regulación: con la participación de autoridades, la sociedad civil y la industria, promover una alimentación correcta y la mayor actividad física.
3. Monitoreo y evaluación: el seguimiento y evaluación de cada objetivo y sus acciones es necesario para identificar oportunidades de mejoramiento, asegurar el cumplimiento de las acciones y corregir posibles fallas.

4. Investigación: existe una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud para sustentar la toma de decisiones sobre prevención de obesidad y enfermedades crónicas. (SSA, 2010, p.31)

Esta estrategia, además, describe acciones específicas para la atención y prevención del sobrepeso, así como obesidad en niños y adolescentes, siendo estos, los dos grupos etarios con el mayor incremento en la prevalencia registrada del año 2000 al 2006, motivo por el que se considera un asunto de mayor prioridad.

La prevención de la obesidad en los lactantes y los niños pequeños (0 a 5 años) tiene como principales estrategias de prevención las siguientes:

- Promover la lactancia materna exclusiva;
- Evitar la adición de azúcares y almidones a la leche del biberón;
- Enseñar a las madres a aceptar la capacidad de su hijo para regular el aporte calórico, en lugar de alimentarlo hasta que haya acabado el plato;
- Asegurar la ingesta de micronutrientes necesarios para promover un crecimiento lineal óptimo. En el caso de los niños y los adolescentes, para prevenir la obesidad es necesario:
 - Promover un estilo de vida activo;
 - Limitar las horas de televisión;
 - Fomentar el consumo de frutas y verduras;
 - Restringir la ingesta de alimentos ricos en energía y pobres en micronutrientes (por ejemplo: aperitivos envasados);
 - Restringir la ingesta de refrescos azucarados. (SSA, 2010)

En el caso de los niños y adolescentes, grupos con los porcentajes de incremento de sobrepeso y obesidad más altos entre el año 2000 y 2006 ²⁷. Las acciones se concentran principalmente en 5 actividades;

- Promover un estilo de vida activo;
- Limitar las horas de televisión;
- Fomentar el consumo de frutas y verduras;

²⁷ El porcentaje de incremento fue del 40% entre el año 2000 y 2006, el resultado se obtuvo del análisis de la base de datos de Las Encuestas de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2000, 2006).

- Restringir la ingesta de alimentos ricos en energía y pobres en micronutrientes (por ejemplo: aperitivos envasados);
- Restringir la ingesta de refrescos azucarados (SSA, 2010).

En resumen, el ANSA es la primera estrategia diseñada en México para el combate de la obesidad, sus lineamientos se encuentran diseñados a partir de los indicadores de la OMS. La estrategia describe las principales acciones y ejes que se deben considerar para darle frente a la problemática en salud derivada del problema de sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades, además, determina acciones específicas para cada grupo de edad e identifica cuáles son las principales responsabilidades gubernamentales.

Esta estrategia funge como base teórica a partir de la cual se han desarrollado programas presupuestales como el P019 y posteriormente el U008, para el combate de la obesidad, los cuales a diferencia del acuerdo sí cuentan con indicadores para ser evaluados y metas específicas.

3.3.2 Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD)

El 31 de octubre del año 2013 se crea la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, bajo la presidencia del Lic. Enrique Peña Nieto, siendo la segunda estrategia más importante para la atención de estos padecimientos en México.

El principal objetivo de esta estrategia es mejorar los niveles de bienestar de la población, de igual forma, pretende contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional y con ello lograr desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, esto con la finalidad de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, haciendo un mayor énfasis en la detección y atención oportuna de la diabetes mellitus tipo 2. Se pretende alcanzar este objetivo por medio de una intervención conjunta de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.

El diseño de esta estrategia plantea la integración de tres pilares y seis ejes estratégicos, que a su vez contienen componentes y actividades orientadas para lograr el cumplimiento de sus objetivos. Los pilares contemplados en esta estrategia son: la salud pública; la atención médica; y la regulación sanitaria y política fiscal.

La salud pública es el primer pilar en esta estrategia, su objetivo es preservar la salud a nivel poblacional a través de la promoción de estilos de vida saludable, campañas de educación, así como el monitoreo del comportamiento de las enfermedades no transmisibles y algunos de sus principales determinantes, además de instituir acciones preventivas como la búsqueda de activa de personas que presenten factores de riesgo. El cumplimiento de estos objetivos se plantea mediante la incorporación de tres ejes específicos:

- 1) Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles: en el cual se monitorea el comportamiento de las enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias) así como el sobrepeso y la obesidad; se establecen los mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre las enfermedades no transmisibles en todos los niveles para la toma de decisiones; se dará seguimiento a la implementación de la Estrategia y determinar su desempeño e impacto.
- 2) Promoción de la salud con acciones específicas de: promoción de la alimentación correcta a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitio de trabajo y comunidad); Promoción de la actividad física a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitios de trabajo y comunidad); y, comunicación educativa enfocada en la generación de procesos de participación social con énfasis en la participación comunitaria.
- 3) Prevención: por medio del establecimiento de pautas generalizadas para las acciones de prevención de enfermedades no transmisibles en todo el sector salud; mediante la orientación del Sistema Nacional de Salud hacia la detección temprana; la Implementación de esquemas proactivos de prevención y detección oportuna; así como la generación

de procesos de organización de grupos de ayuda mutua para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (SSA, 2013).

La atención médica conforma el segundo pilar de la estrategia, está busca garantizar el acceso efectivo de los servicios de salud a través de intervenciones médicas dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuentan con el diagnóstico de hiperglucemia o diabetes mellitus tipo 2, su finalidad es brindar atención oportuna y con ello evitar complicaciones relacionadas.

Este pilar, también, busca garantizar el conjunto de elementos o servicios necesarios para la atención de las enfermedades no transmisibles, mediante la implementación de diversas tecnologías que faciliten y mejoren la accesibilidad a los diferentes servicios que brindan las unidades de salud. Además, exhorta a capacitar a los recursos humanos en salud en lo referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles. Finalmente, persigue el fomento de la investigación y la generación de evidencia científica.

La efectividad de la atención médica se refuerza con la instrumentación de un conjunto de ejes, que a continuación se describen;

- 1) Acceso efectivo a Servicios de Salud: para asegurar con ello una equidad de los servicios en la cobertura efectiva para las enfermedades no transmisibles; además, señala la necesidad de implementar un mecanismo de gestión de riesgos a través de unidades de tratamiento y control mediante el pago de una cápita; finalmente pretende desarrollar programas de incentivos para pacientes y médicos.
- 2) Calidad de los Servicios de Salud: por medio de Implementación de modelos de atención específicos.
- 3) Mejora de las competencias y la capacidad resolutive del personal de salud: al instituir un proyecto de capacitación a personal de salud de primer contacto alrededor de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles; además, busca la adecuación de planes de estudio para la formación de profesionales de la salud en escuelas de educación superior, para que los futuros profesionales de la

salud ya cuenten con estas herramientas; en esta misma línea, fomenta la vinculación de trabajo conjunto y en redes con las instituciones educativas para abordar el problema.

- 4) Infraestructura y tecnología: este eje se enfoca en la integración del uso de tecnologías para facultar a la persona; así como en la implementación de un Modelo Integral de Atención para mejorar la estructura y capacidad operativa de modelos de atención.
- 5) Garantía del abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro.
- 6) Centro de Diabetes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.
- 7) Cirugía bariátrica
- 8) Investigación y evidencia científica; para el desarrollo de este eje estratégico se promueve la creación de centros de referencia para la investigación y atención en diabetes, que enfoquen esfuerzos en el área de la Investigación genómica (SSA, 2013).

La regulación sanitaria y la política fiscal, conforman el tercer y último pilar. Su objetivo es establecer respuestas efectivas ante el panorama de las enfermedades no transmisibles. Las acciones contemplan la regulación del etiquetado y la publicidad de alimentos y bebidas, de manera particular las dirigidas al público infantil, además de impulsar políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional. Los ejes de acción de este último pilar se concentran en tres estrategias:

- 1) Etiquetado: contiene las características con las que deben contar los alimentos como el etiquetado frontal y el distintivo nutrimental.
- 2) Publicidad: conjunto de regulaciones para la transmisión de publicidad relacionada con alimentos y bebidas.
- 3) Política fiscal: esta se centra en establecer medidas impositivas o impuestos, que permitan reducir el consumo de aquellos alimentos y

bebidas que son considerados como no aportantes de elementos nutritivos (SSA, 2013).

La estrategia adjunta seis ejes rectores con la finalidad de establecer una guía que ordene y estructure todos los esfuerzos. Estos ejes son: La investigación y evidencia científica, ya que establece que el desarrollo pleno del país tiene necesariamente que apoyarse en el desarrollo científico y el fomento a la investigación; La corresponsabilidad, pues de no ser así, los esfuerzos realizados no podrán generar resultados por sí solos, por tanto, se requiere de un compromiso colectivo; La transversalidad; para con ello asegurar que los esfuerzos estén orientados hacia una misma línea de acción; La intersectorialidad; pretende que todos los sectores trabajen en conjunto para lograr crear las condiciones políticas, sociales, culturales y económicas, necesarias para modificar el panorama en salud; La evaluación del impacto, determina como prioritario la evaluación continua de sus distintas acciones y estrategias, con la intención de establecer mecanismos de mejora; finalmente el último eje rector es, la rendición de cuentas, para con ello demostrar que los presupuestos destinados están siendo utilizados de forma eficiente, además, la relación de este eje con el de evaluación de impacto, permiten demostrar que los recursos están siendo bien invertidos (SSA, 2013).

En resumen, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, posee un desarrollo sistemático, su marco de acción se divide en tres grandes rubros: la salud pública y todas sus estrategias de prevención y detección oportuna; la atención médica, que analiza aspectos desde la calidad, hasta el desarrollo de programas de investigación genética; y finalmente la regulación sanitaria y las políticas fiscales, que engloban las acciones dirigidas al control de la calidad de los alimentos, su publicidad y las restricciones necesarias para la disminución de la compra de alimentos obesogénicos. No obstante, en términos generales desde su publicación hasta finales del año 2020, no es posible observar verdaderamente sus logros, sin embargo, en el capítulo cuarto se estarán analizando a fondo los resultados de esta estrategia mediante las acciones vinculadas con el plan sectorial de salud 2013-2018.

3.4 Planes nacionales de desarrollo

El problema público obtiene verdadera importancia cuando este se encuentra delimitado dentro de las acciones específicas de gobierno. Autores como Birkland (2010) indican que el mayor reto es colocar el problema público en la agenda institucional. Cuando este posee un apartado dentro de un Plan Nacional, en definitiva, tiene un lugar en la agenda de gobierno.

El plan de desarrollo 2013-2018 fue el primero en incorporar dentro de su programa sectorial de salud un objetivo y acciones encaminadas al combate de la obesidad, con apego a la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Aunque en el año 2010 se firmó el Acuerdo Nacional para Salud Alimentaria durante el sexenio del Lic. Felipe Calderón. El plan nacional de desarrollo no contó con acciones específicas, lo que sí establece es un objetivo encaminado a la atención de las enfermedades no transmisibles como la diabetes.

Las acciones directas de los gobiernos se encuentran públicamente descritas dentro de sus planes de desarrollo, por ello, para efectos del presente trabajo de investigación se analizan los últimos tres planes de gobierno: 2007-2012, 2013-2018, 2019-2024, considerando que el periodo de estudio de este trabajo abarca del año 2010 al 2021.

3.4.1 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, es el documento que contiene la propuesta de gobierno del presidente Felipe Calderón Hinojosa (2006 - 2012). Este documento se presentó el 30 de mayo de 2007, en la Residencia Oficial de los Pinos.

El plan está estructurado en cinco ejes rectores: 1. Estado de Derecho y seguridad. 2. Economía competitiva y generadora de empleos. 3. Igualdad de oportunidades. 4. Sustentabilidad ambiental. 5. Democracia efectiva y política exterior responsable. Su objetivo prioritario o premisa básica es “la búsqueda del

Desarrollo Humano Sustentable; esto es, del proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras” (PND, 2007, p.11).

Las acciones en salud forman parte del Eje 3. Igualdad de oportunidades, el desarrollo de las estrategias en materia de salud se encuentra específicamente en el apartado 3.2, en él se describe que en el país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles, además, las muertes por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida – como la diabetes y la hipertensión–, entre otros sucesos, representan el 85% de todas las muertes que se registran en México.

Aunque se contempla que estos padecimientos son complejos y de tratamiento costoso (PND, 2007, pp.160-161), el plan no establece ninguna estrategia específica para el control de las enfermedades no transmisibles y mucho menos, alguna para la prevención y control del sobrepeso y obesidad.

La única estrategia que menciona la prevención de las enfermedades es la estrategia 4.3, la cual establece que las acciones de prevención en salud destacan por ser costo-efectivas al mejorar la salud y calidad de vida de la población, mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro. Esta misma estrategia reconoce que dichas acciones se llevan a cabo sin una efectiva coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud y con un financiamiento dispar, por lo cual indica que es necesario incrementar la efectividad de las políticas de prevención en salud, a través de una estrategia coordinada por la Secretaría de Salud y con prioridades claramente establecidas.

La necesidad de políticas de prevención se encuentra reconocida en el plan, pero no existe ningún modelo específico de acción para el manejo adecuado de los problemas relacionados con las enfermedades no transmisibles (Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias), aun y cuando para este año los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad registraban el mayor incremento, conocido hasta la fecha, en solo un periodo de 6 años (2000-2006).

3.4.2 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, fue presentado por el presidente Enrique Peña Nieto (2012-2018), el 17 de mayo de 2013 en Palacio Nacional. El documento principal del Plan Nacional de Desarrollo no contempla las acciones en salud, no obstante, se realizó un documento específico denominado Programa Sectorial de Salud, en el cual se establece a detalle las líneas de acción en materia de salud instituidas por este gobierno.

En el Programa Sectorial de Salud se establece que la salud es una condición necesaria para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano. Por lo tanto, es indispensable para establecer el México Incluyente propuesto como meta dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y, por ende, su compromiso se centra en impulsar una transformación del Sistema Nacional de Salud (SSA, 2013).

Este plan cuenta con seis objetivos prioritarios: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud; 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Además, el plan contó con objetivos específicos, estrategias exclusivas para la prevención del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

En el Programa Sectorial de Salud se reconoce que “la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como de estilos de vida poco saludables, ocasionan que las principales causas de muerte entre la población adulta se encuentren encabezadas por la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón” (SSA, 2013, p. 25).

El objetivo 1 diseñado para consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, cuenta con la estrategia 1.2. trazada

para instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, sus líneas de acción son las siguientes:

- 1.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.
- 1.2.2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social.
- 1.2.3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.
- 1.2.4. Promover la creación de espacios para la realización de actividad física.
- 1.2.5. Adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- 1.2.6. Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes.
- 1.2.7. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios. (SSA, 2013, p. 48)

En el objetivo 2 diseñado para asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, cuenta con la estrategia 2.7 trazada para instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, sus líneas de acción son las siguientes:

- 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. (SSA, 2013, p. 53)

En el objetivo 3 diseñada para reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida, cuenta con la estrategia 3.7 trazada para instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, sus líneas de acción son las siguientes:

- 3.7.1. Actualizar la regulación en materia de alimentos y bebidas industrializados a las mejores prácticas internacionales.
- 3.7.2. Proveer información transparente del contenido calórico en el etiquetado frontal de todos los alimentos y bebidas industrializados.

3.7.3. Prohibir la publicidad dirigida a público infantil de alimentos y bebidas que no cumplan con criterios científicos de nutrición.

3.7.4. Fomentar la reformulación de productos para hacerlos nutricionalmente más balanceados.

3.7.5. Vincular acciones con la Secretaría de Educación Pública para la regulación de las cooperativas escolares.

3.7.6. Fomentar la vinculación con la Comisión Nacional del Agua para el abasto de agua potable en escuelas.

3.7.7. Fortalecer la red de municipios para la salud para el abasto de agua potable en escuelas y comunidades. (SSA, 2013, p. 56)

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, se encuentra contemplada y debidamente alineada a los objetivos sexenales, no obstante, la prevalencia de estos padecimientos²⁸, parece contrastar de forma negativa con lo establecido en el plan sectorial. Es importante mencionar que para el problema de obesidad solo se evaluó un indicador el cual mide la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, lo que deja sin supervisión el efecto que estas acciones tiene en otros grupos etarios.

3.4.1 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, es el último plan vigente presentado por el actual presidente Andrés Manuel López Obrador, el día 1 de mayo de 2019. En el plan se establecen tres ejes prioritarios: 1) Justicia y Estado de Derecho; 2) Bienestar; 3) Desarrollo económico.

Los temas referentes a la salud están contemplados dentro del segundo eje, el de bienestar. Sin embargo, solo se habla de dos estrategias principales: Salud para toda la población e Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI).

²⁸ La prevalencia de sobrepeso y obesidad registrada en el año 2012 y 2018, muestran que hubo un incremento, según la ENSANUT 2018 la prevalencia registrada en adultos fue de 71.2 % en 2012 y para 2018 alcanzaba 75.2%, en el caso de los adolescentes el registro de 2012 fue de 34.9 % y para 2018 llegó a 38.4 %, la población infantil fue la que registró un menor incremento, ya que en 2012 el porcentaje fue de 34.4% y en 2018 de 35.6% (ENSANUT, 2012, 2018).

Al igual que el plan sexenal anterior, este presenta un documento adjunto denominado Programa Sectorial de Salud, el diseño estratégico de este programa está dividido en 5 objetivos prioritarios:

1.- Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

2.- Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

3.- Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

4.- Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

5.- Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población (SSA, 2019).

El problema que representa el sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades, está contemplado dentro de este programa sectorial de salud, señala que “México se encuentra ante un grave problema de salud pública, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas son ya una pandemia que afecta tanto a la salud individual y poblacional” (SSA, 2019, p. 63)

El objetivo prioritario 5 denominado Salud y bienestar, establece la necesidad de “fomentar condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente los de mayor impacto en la población” (SSA, 2019, p. 64).

La prevención, control y tratamiento de las enfermedades no transmisibles constituyen la estrategia 5.1, que tiene como objetivo mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad en servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, con énfasis en la atención primaria, bajo los principios de no discriminación, trato digno e inclusión. Las líneas de acción que establece son las siguientes:

- 5.1.1 Fortalecer la atención primaria de salud para la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de la ENT, a través de servicios de calidad y un acceso oportuno para la población.
- 5.1.2 Integrar un Registro Nacional de Cáncer y de enfermedades no transmisibles para disponer de información oportuna, confiable y veraz que faciliten el diseño e implementación de programas y estrategias a nivel nacional
- 5.1.3 Implementar innovaciones y tecnologías, basadas en evidencia científica, para mejorar la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las ENT.
- 5.1.4 Fortalecer la vigilancia e investigación sobre las ENT, para utilizar los resultados como sustento en propuestas y modificaciones a políticas públicas, programas académicos y estrategias integrales para su control.
- 5.1.5 Instrumentar estrategias y programas nacionales para la prevención y control de las ENT, con mayor impacto en la salud de la población bajo un enfoque de curso de vida y perspectiva de género.
- 5.1.6 Sistematizar el monitoreo y evaluación de enfermedades no transmisibles incluyendo los efectos derivados de los entornos prioritarios de atención.
- 5.1.7 Impulsar iniciativas y fomentar la vinculación interinstitucional e intersectorial, para articular intervenciones dirigidas a la reducción del sobrepeso y obesidad, con énfasis en niñas y niños.

5.1.8 Promover los cuidados paliativos, de manera eficiente y segura, para procurar la calidad de vida y el alivio de pacientes con enfermedad avanzada y en fase terminal.

5.1.9 Fomentar un acompañamiento a los pacientes que viven con ENT bajo un enfoque integral y multidisciplinario que se facilite el automanejo y la adquisición de habilidades orientadas a su calidad de vida.

5.1.10 Establecer protocolos de reconocimientos y medidas de atención necesarias para las personas cuidadoras de las personas enfermas, con discapacidad o necesidades especiales. (SSA, 2019, pp. 64-65)

La estrategia 5.2 en la cual se garantiza la salud y asistencia social brindada a Niñas, Niños y Adolescentes Mejorar los servicios de salud y asistencia social que procure, el desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos, equidad de género y sensible al ciclo de vida. Tiene un despliegue considerable de líneas de acción específicas, sin embargo, para efectos de este trabajo solo se mencionan aquellas que se vinculen al combate del sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades.

5.2.2 Fortalecer la promoción y protección y apoyo de la lactancia materna, para fomentar la nutrición y la vida saludable de las niñas y niños

5.2.3 Fortalecer la prevención y atención a todas las formas de malnutrición infantil, incluida la desnutrición, la deficiencia de micronutrientes, la obesidad y el sobrepeso, con el fin de salvaguardar un desarrollo sano.

5.2.4 Garantizar que todas las niñas y niños, cuenten con los servicios de atención primaria en salud, para prevenir, detectar y atender oportunamente los padecimientos que puedan afectar su desarrollo.

5.2.7 Promover campañas que procuren hábitos y comportamientos saludables en los entornos escolares, a través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral que considere la diversidad cultural.

5.2.8 Orientar a los padres de familia y tutores para que promuevan estilos de vida saludables, y fomenten un desarrollo sano en sus hijos. (SSA, 2019, pp. 65-66)

La estrategia 5.3 se concentra en generar condiciones para la protección de la salud y asistencia social a las mujeres, promueve la calidad de vida y salud integral de las mujeres mediante la mejora de los servicios de salud y asistencia

social brindada desde una perspectiva de género, en igualdad de oportunidades, sensible al ciclo de vida y con pertinencia cultural.

Al igual que la estrategia vinculada a niños y adolescentes, esta tiene un despliegue considerable de líneas de acción específicas, sin embargo, para efectos del presente trabajo sólo se mencionan aquellas que se vinculan al combate del sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades.

5.3.5 Promover campañas que procuren, estilos de vida saludables y la prevención en padecimientos que predominan y afectan a las mujeres, a través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral, bajo un enfoque multicultural y territorial. (SSA,2019, p. 66)

En resumen, el plan de desarrollo 2019-2024, en su programa sectorial de salud, estipula una serie de factores que coadyuvan en el control del sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias), no obstante, el diseño de sus estrategias y líneas de acción no son claras, ni tampoco se encuentran apegados a la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Esto puede ser el resultado o la consecuencia de que dicha estrategia se diseñó dentro de otro periodo de gobierno y por ello no se establece continuidad.

3.5 Conclusión capitular

La obesidad es un problema de salud pública en México, los altos índices de morbilidad poseen una presencia en todos los grupos de edad. Además, es una problemática generalizada en el país, ya que una tercera parte de la población adulta padece sobrepeso y obesidad. Lo más preocupante es que de no revertir su condición metabólica, estos pacientes conformarán la epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y enfermedades del corazón, principales responsables del mayor número de muertes en el país. Ante tan crítico panorama la OMS exhortó al gobierno mexicano a construir estrategias nacionales para el combate de la obesidad.

Las dos principales estrategias diseñadas para el combate a la obesidad en México son: el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. El acuerdo se creó en el año 2010 y brinda los 10 objetivos prioritarios para hacer frente al problema de la obesidad. La estrategia se crea en 2013, está refuerza de manera estructural las acciones encaminadas a contrarrestar la creciente epidemia de obesidad, para ello, contempla tres ejes de acción prioritarios, los cuales son: salud pública, atención médica y regulación sanitaria.

En materia de agenda de gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, no contemplaba líneas específicas de acción para el combate a la obesidad, y fue hasta el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, que las líneas de acción enmarcadas en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, estuvieron debidamente alineadas con las metas del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Sin embargo, se reconoce que aun con los esfuerzos realizados, el porcentaje de prevalencia de las enfermedades no transmisibles continuó en aumento durante este periodo.

Finalmente, el último Plan Nacional de Desarrollo el cual comprende el periodo de 2019-2024, presenta una deficiencia en el discurso específico sobre la atención de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, el plan sectorial de salud 2019-2024, contiene una estrategia y diez líneas de acción específicas en materia de enfermedades no transmisibles, en donde de manera indirecta podría estar considerada la obesidad, no obstante, lo ideal es que se presentará un catálogo de las enfermedades que se engloban en este término.

Es importante señalar que México sí cuenta con estrategias para limitar el problema de salud pública que representa la obesidad. Desafortunadamente, el contraste con el panorama epidemiológico de la obesidad y sus comorbilidades, demuestra que estas acciones no han sido suficientes para atender la problemática, pues en lugar de disminuir, aumenta en cada sexenio. Por ello, en el siguiente capítulo se revisan las evaluaciones y resultados de las políticas públicas de obesidad, para conocer cuáles son las limitantes que impiden su eficacia.

CAPÍTULO CUARTO

EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE OBESIDAD EN MÉXICO

Sumario: 4.1 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 4.2 Análisis de las evaluaciones y resultados de las políticas públicas de obesidad, 4.3 Situación de la regulación sanitaria y política fiscal como estrategia de combate a la obesidad, 4.4 Elementos útiles para el diseño de una política pública de combate a la obesidad, 4.5 Conclusión capitular.

La obesidad ha aumentado en los últimos años. En el capítulo tercero se presentó un análisis de la epidemiología nacional, el cual muestra de manera detallada el incremento del número de afectados y su consideración como problema de salud pública.

En este último capítulo se presentan los resultados de las evaluaciones emitidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social a los programas implementados para dar combate al problema de sobrepeso y obesidad, como los programas presupuestales, las acciones específicas para el control de la obesidad delimitadas en los programas sectoriales de salud y finalmente, la implementación de los programas internos de las instituciones de salud.

El análisis de los programas internos por institución se generó con apoyo de cuatro solicitudes de información por medio de la Plataforma Nacional de Transparencia, las cuales se giraron a la Secretaría de Salud, al Instituto Mexicano del Seguro Social, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y, por último, a la Comisión Federal Contra Riesgo Sanitario.

El objetivo primordial del capítulo es mostrar tanto las fortalezas como aquellas debilidades presentes en los programas, para con ello establecer una línea de análisis que permita identificar los elementos necesarios para la planeación y rediseño de un sistema de políticas y programas para resolver la problemática generada a partir de la obesidad.

4.1 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Para iniciar este cuarto capítulo se debe destacar la importancia del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), ya que es un organismo público autónomo y con capacidad técnica para generar información objetiva sobre la situación de la política social. Sus evaluaciones se han enfocado principalmente en la medición de la pobreza en México permitiendo con ello mejorar la toma de decisiones y la modificación de las políticas y programas públicos. (CONEVAL, 2021)

Las funciones del CONEVAL se centran en dos grandes rubros, el primero consiste en normar y coordinar la evaluación de las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas y, en segundo lugar, establece los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.

El CONEVAL es el único consejo que cuenta con una ficha de evaluación pública emitida de manera periódica del programa presupuestal U008 desarrollado para el combate de la obesidad. Es importante reconocer que la evaluación del programa de prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, ha detectado problemas severos presentes desde su diseño.

El CONEVAL genera revisiones del diseño metodológico que permiten la evaluación de los programas y políticas, esto con el objetivo de estandarizar la emisión de resultados y construir parámetros que determinen la eficacia y eficiencia de las políticas implementadas.

Las evaluaciones de CONEVAL muestran la consistencia y orientación de los resultados de programas y políticas públicas implementados por las instituciones públicas, con la finalidad de proveer información que retroalimenta su diseño, gestión y resultados.

El CONEVAL busca específicamente:

- Analizar la lógica y congruencia en el diseño del programa, su vinculación con la planeación sectorial y nacional, la consistencia entre el diseño y la

normatividad aplicable, así como las posibles complementariedades y/o coincidencias con otros programas federales.

- Identificar si el programa cuenta con instrumentos de planeación y orientación hacia resultados.
- Examinar si el programa ha definido una estrategia de cobertura de mediano y de largo plazo y los avances presentados en el ejercicio fiscal evaluado.
- Analizar los principales procesos establecidos en las Reglas de Operación del Programa (ROP) o en la normatividad aplicable; así como los sistemas de información con los que cuenta el programa y sus mecanismos de rendición de cuentas.
- Identificar si el programa cuenta con instrumentos que le permitan recabar información para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios del programa y sus resultados.
- Examinar los resultados del programa respecto a la atención del problema para el que fue creado (CONEVAL, 2021).

Los resultados de las evaluaciones emiten un diagnóstico sobre la capacidad institucional, organizacional y de gestión de los programas orientada hacia resultados. Además, provee información para retroalimentar el diseño, la gestión y los resultados de los programas.

La evaluación de consistencia y resultados se obtiene gracias a la validación y análisis de una matriz de indicadores (MIR), la cual se analiza a partir de la ficha técnica de evaluación conformada de los siguientes elementos:

- | | |
|--|---|
| 1. Características del Programa | 8. Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas y Recomendaciones |
| 2. Diseño | 9. Conclusiones |
| 3. Planeación y Orientación a Resultados | 10. Ficha técnica |
| 4. Cobertura y Focalización | 11. Anexos (CONEVAL, 2021) |
| 5. Operación | |
| 6. Percepción de la Población Atendida | |
| 7. Medición de Resultados | |

Este modelo establece los criterios de evaluación a los que son sometidos todos los programas y políticas públicas, para generar el seguimiento anual de sus metas, así como la determinación de fortalezas y debilidades, las cuales se generan mediante una serie de recomendaciones.

Para conocer el desempeño del programa se analizan las fichas de monitoreo, realizadas por un evaluador designado por CONEVAL, el cual presenta una serie de recomendaciones. Además, es importante señalar que el diseño de indicadores dentro de una política pública facilita el reporte de resultados, para con ello, identificar la capacidad de limitar o modificar la problemática por la que fue creado. La MIR se estructura por medio de la conformación de cuatro elementos tal como lo muestra la ilustración 1.

Ilustración 1. Matriz de Indicadores para Resultados de CONEVAL



Fuente: CONEVAL (2021).

El CONEVAL ha generado evaluaciones de los programas presupuestales encaminados al combate de la obesidad. Sus dictámenes se han centrado en el diseño metodológico y en los indicadores establecidos en estos mismos programas para generar sus informes de resultados. Por tanto, la mayoría de recomendaciones de CONEVAL se encuentran encaminadas a señalar debilidades de tipo metodológicas, como las características de la matriz de resultados, las cuales se encuentran enlistadas anteriormente.

Por otra parte, es importante mencionar que uno de los instrumentos de investigación utilizados en este trabajo es el desarrollo de una bitácora de investigación en torno a cuatro solicitudes de acceso a la información por medio del Sistema Nacional de Transparencia, dirigidos a la Secretaría de Salud, el ISSSTE, el IMSS y COFEPRIS. Información que permitió el desarrollo de una línea de análisis sobre los resultados de la implementación de acciones en el combate a la obesidad.

4.2 Análisis de las evaluaciones y resultados de las políticas públicas de obesidad

Las políticas públicas en salud al igual que cualquier otro tipo de política necesitan ser evaluadas. En primer lugar, porque la salud es un derecho establecido en el artículo 4to Constitucional y, en segundo lugar, porque se necesita justificar debidamente el recurso público asignado. Por tanto, las políticas deben garantizar la protección del derecho a la salud y en caso de no demostrar su efectividad, el proceso de evaluación permitirá generar las modificaciones necesarias para un nuevo diseño.

La evaluación es el proceso que permite valorar con precisión la eficacia de una política pública. Aguilar (1996) señala que dicha evaluación puede generarse desde el inicio o al final, permitiendo entonces, que las acciones u omisiones del Estado que provocan consecuencias positivas o negativas en la sociedad, puedan mitigarse, incrementarse o neutralizarse para resolver el problema que les dio origen.

La fase de evaluación en las políticas públicas facilita los procesos de rendición de cuentas y de límites y contrapesos en la sociedad (Guerrero, 1995). Por tanto, permite exigir a las autoridades públicas que demuestren la trazabilidad con la que se utilizó el recurso público, dicho de otra manera, la evaluación de las políticas públicas es un medio de control sobre los operadores de programas gubernamentales y tomadores de decisiones públicas.

El objetivo prioritario de la evaluación es maximizar la eficiencia y eficacia de las políticas, programas o cualquier acción diseñada y/o implementada de origen

gubernamental o de cualquier otra organización. Para con ello, lograr la obtención de sus fines particulares y el uso apropiado de los recursos obtenidos.

Los programas presupuestales generados para combatir la obesidad han sido evaluados por CONEVAL desde el año 2012. Por lo que, se han generado un total de cinco evaluaciones (2012-2013, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018 y 2019-2020), es importante enfatizar que no se cuenta con muchos informes aparte de los de CONEVAL sobre las evaluaciones de la implementación de las políticas de obesidad.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición muestran que la prevalencia de esta enfermedad no ha logrado ser disminuida y sigue latente como problema de salud pública. Estas cifras se han mostrado a detalle en el capítulo tercero, dentro de la epidemiología nacional de la obesidad y de sus comorbilidades. Por ello, es de suma relevancia analizar las evaluaciones y los resultados de la implementación de las acciones desarrolladas para su atención.

Atendiendo a los objetivos de la presente investigación, el análisis se ha centrado en visibilizar la necesidad de conocer los resultados de las políticas implementadas en materia de obesidad, esto con la intención de identificar las principales problemáticas en el diseño de las estrategias, además de proporcionar una serie de elementos que contribuyan a establecer un marco de regulación legislativa para estructurar un modelo de intervención integral.

A continuación, se muestra el seguimiento de los resultados obtenidos de las evaluaciones de los programas presupuestales para el control de la obesidad, de los programas sectoriales en salud, sus objetivos específicos y los ejes estratégicos delimitados para el control de la obesidad, así como los programas internos, implementados por las instituciones de salud.

4.2.1 Seguimiento de las evaluaciones generadas por CONEVAL de los programas presupuestales de combate a la obesidad

El programa presupuestal para el combate de la obesidad, ha sufrido una serie de cambios desde su creación en el año 2010, por lo que a continuación se establece

una línea cronológica de las principales modificaciones a las cuales ha estado expuesto, para apoyar de forma organizada el análisis de estos cambios se diseñó la Tabla 2, esta fue construida a partir de cinco fichas de monitoreo del programa presupuestal U008, las cuales abarcan los periodos de 2012-2013, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018 y finalmente 2019-2020.

Tabla 2. Programas presupuestales para el combate de la obesidad.

Sexenio	Clave presupuestal	Nombre de programa	Año (s) de implementación	Observaciones
2006 – 2012	P019	Prevención contra la obesidad	2010	Vinculación con el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria en 2010. Vigencia corta por falta de congruencia en el diseño (CONEVAL, 2015). Cambio en la modalidad y asignación de la clave U008.
			2011	Incorporación de un plan integral de atención que contiene cursos de orientación alimentaria, talleres de actividad física y pláticas sobre estilos de vida saludables. (CONEVAL, 2012)
2013 – 2018	U008	Prevención de control de sobrepeso, obesidad y diabetes	2012	La implementación de este nuevo programa incrementó el número de pacientes en control de enfermedades. La incorporación de este nuevo programa incrementó en un 0.26% el presupuesto en salud, por lo que el programa logró brindar atención a 12,146,121 millones de beneficiarios entre 2012 y 2013. (CONEVAL, 2013).
			2013	El programa de prevención de obesidad se modifica como resultado de la creación de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
			2014	Cambio en el nombre del programa Incorporación de estrategias para fomentar el autocuidado en la población, reforzando las actividades de alimentación saludable y el fomento de la actividad física.
			2015	Capacitación al personal médico para realizar acciones de prevención de enfermedades como diabetes e hipertensión

			Reducción a 7.45% de la población atendida en 2014, lo cual implicó que se dejó de atender a 2,775,573 personas (CONEVAL, 2015)
			Incrementó a 291.19 m.d.p. El presupuesto supera en un 4.83% al presupuesto de 2014.
2013 – 2018	Prevención de control de sobrepeso, obesidad y diabetes	2016	Incremento de 40,010,147 millones de personas atendidas en relación a lo registrado en 2015 (CONEVAL, 2016)
		2017	Incorporación de programas de Acción Específico para Diabetes mellitus, Obesidad y Riesgo Cardiovascular y Alimentación y Actividad Física
		2018	Modificación del indicador de Propósito “La población atendida por los servicios estatales de salud disminuye los riesgos de desarrollar sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.
		2019	Modificación de la definición de población a área de enfoque, definiéndose como los 32 Servicios Estatales de Salud.
2019 – 2024		2019	Vinculación con el PROSESA 2019-2024 en su acción puntual 5.1.1

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas de monitoreo de CONEVAL 2012-2013, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018 y finalmente 2019-2020

Como se observa en la tabla 2, el programa presupuestal ha cambiado dos veces de nombre y de clave. El primero fue el P019 con el nombre Prevención contra la obesidad y posteriormente en el año 2011 cambia a la clave U008 con el nombre de Prevención de control de sobrepeso, obesidad y diabetes.

El programa presupuestal ha estado vinculado con el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria y con la Estrategia para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, estos lo han dotado de bases teóricas para su operatividad. Además, este se vinculó por primera vez al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y a sus líneas de acciones específicas para el combate de la obesidad, su vinculación continúa hasta el actual Programa Sectorial de Salud 2019-2024 en su objetivo 5, específicamente, en la estrategia 5.1.1, que busca la atención de las enfermedades no transmisibles.

El programa también ha sufrido cambios en su Matriz de Indicador de Resultados, el primer programa P019 contó con tres indicadores: Propósito, componente y actividades. A diferencia de la actual MIR, el primer programa contenía tanto el indicador Propósito y el indicador Fin delimitado en uno solo. El indicador propósito establecía cuál era la población a la que se dirigía el programa. El segundo o indicador de componente, este válida la aplicación de tratamiento a enfermos crónicos y el tercero o indicador actividad, lleva el control de las acciones de educación para la salud.

Para el año 2021 la Matriz de Indicador de Resultados (MIR) continúa con los elementos descritos en la ficha establecida en diciembre de 2020, los cuales se encuentran descritos en la tabla 3, la cual se muestra a continuación.

Tabla 3. Matriz de indicador de resultados 2021

	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir al bienestar social e igualdad mediante la detección, diagnóstico, tratamiento y control de la obesidad, en la población de 5 años y más de edad.	El indicador mide el efecto de las acciones de la ENPCSOD enfocadas a la población infantil	*	La población en general cuenta con educación en salud y por lo tanto sabe la importancia de la prevención de enfermedades
Propósito	La población atendida por los servicios estatales de salud disminuye los riesgos de desarrollar sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles	Mide el número de detecciones de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias realizadas en la población de 20 años y más de edad, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	SIS-SSA: Sistema de información en Salud de la Secretaría de Salud.	La población acude a los centros de salud y sigue las recomendaciones sobre los estilos de vida saludable.
Componentes	Estilos de vida mejorados en la población atendida por los servicios estatales de salud en hábitos alimentarios y de actividad física.	El indicador está orientado a dar seguimiento a la contratación de los profesionales de la salud, para realizar actividades de prevención de enfermedades no transmisibles y envejecimiento activo	SIAFFASPE: Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.	La población acude al primer nivel de atención a realizarse la detección para sobrepeso, obesidad y diabetes.
Actividades	Abasto de insumos, capacitación y supervisión en materia de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud.	El indicador identifica a los pacientes con diabetes mellitus que tuvieron una consulta registrada donde se les realizó una medición de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) anualmente.	SIS-SSA: Sistema de información en Salud de la Secretaría de Salud.	La población está dispuesta a prevenir las enfermedades crónico degenerativas.

Fuente: elaboración propia a partir de la MIR de CONEVAL 2020

De acuerdo con la ficha de indicadores 2020 los medios de verificación para el indicador Fin no se encuentran descritos, esto porque la prevalencia es un valor estadístico que desafortunadamente se obtiene de datos estimados, condición que no se puede dimensionar al existir deficiencias en los registros generales de salud.

En la tabla 3 se mencionan los indicadores del programa presupuestal U008, no obstante, aunque se tiene bien definido el enfoque del programa y las acciones que se deben generar para dar combate a la obesidad, la operatividad de estas acciones recaen en las instituciones de salud, las cuales se revisan más adelante y demuestran que existe una gran diferencia entre lo que se diseña y lo que se puede implementar, además de reconocer que la implementación según cada institución puede ser diferente.

El programa ha sido evaluado en cinco ocasiones por el CONEVAL, los resultados han hecho posible identificar tanto las fortalezas y las debilidades del programa, las cuales se desglosan en la tabla 4. Con la intención de mostrar un panorama completo de 9 años de evaluación.

Tabla 4. Registros del análisis FODA emitido por CONEVAL al programa presupuestal U008 del periodo 2012-2020

Evaluación CONEVAL	Fortalezas y/o Oportunidades	Debilidades y/o Amenazas
2013	<p>1. Vinculación con dos estrategias interinstitucionales, el ANSA que coordina nueve Secretarías de Estado y quince dependencias, y el CNPCECNT.</p> <p>2.El presupuesto del programa para 2012 representó 0.26% del presupuesto del ramo.</p>	<p>1. No tiene indicador sectorial comprometido en el PROSESA 2007-2012.</p> <p>2. No cuenta con reglas de operación, ni documentación donde se identificarán los niveles responsables de la implementación, ni del seguimiento, tampoco un plan de publicación de resultados o de difusión y promoción del programa.</p>
2015-2016	<p>1.La orientación de prevención aporta disminución de gastos en el Sistema de Salud, al tener pacientes en control de enfermedades crónicas.</p> <p>2.El abasto oportuno de medicamentos en las unidades de primer nivel de atención, ayuda a que la población tenga en control las enfermedades crónicas que padecen.</p>	<p>1.El programa requiere ajustes o modificación en los Indicadores para Resultados ya que no reflejan la operación del programa.</p> <p>2.La cuantificación de la población objetivo en relación a la población atendida, sobrepasa la estimación en un 40%.</p>
2017-2018	<p>1.Establece en las entidades federativas la estrategia del Sistema de Información en Crónicas, que contribuye al seguimiento de pacientes.</p>	<p>1.No se considera pertinente la definición de las poblaciones, ya que las intervenciones que realiza el Programa se orientan a las entidades federativas y no a la atención directa a la población (personas).</p> <p>2. No cuenta con una evaluación de impacto.</p>

2019-2020	<p>2.Cuenta con la herramienta de Caminando a la Excelencia para monitorear el desempeño de las 32 entidades federativas en el Programa.</p> <p>3.Se resalta, nuevamente, la oportunidad 1 señalada en la evaluación 2015-2016.</p> <p>4.El Programa podría contribuir con información para el seguimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2010 para la prevención, tratamiento, control de la diabetes y la prevención médica de sus complicaciones, y del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.</p> <p>1.Vinculación con la Estrategia Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.</p> <p>2. Se resalta, nuevamente, la oportunidad 1 señalada en la evaluación 2015-2016.</p> <p>3.Establece en las entidades federativas la estrategia del Sistema de Información en Crónicas, que contribuye al seguimiento de pacientes.</p> <p>4. Cuenta con normatividad que aporta a su planeación y operación (Programas de Acción Específicos).</p>	<p>3. El Programa tiene pendiente la realización de una evaluación de Consistencia y Resultados. La cual le puede permitir analizar la lógica interna del mismo para mejorar sus resultados.</p> <p>4.El programa trabaja con cifras preliminares o estimadas, debido al retraso de información que presentan sus fuentes (Subsistema de Prestación de Servicios (SIS), Proyecciones CONAPO versión Censo 2010 Proyecciones de la Población por condición de derechohabiente 2010-2018, DGIS y de la sección de Servicios Otorgados).</p> <p>1.Tiene pendiente una evaluación de Consistencia y Resultados desde 2017, la cual puede permitir analizar la lógica interna del mismo para mejorar sus resultados</p> <p>2. Es necesario establecer indicadores que midan si las personas efectivamente disminuyeron los riesgos de desarrollar sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles</p> <p>3.Uno de los indicadores de propósito mide la detección de los problemas, pero no el resultado que es la disminución del riesgo, y otro se considera que no aporta información relevante ya que al ser un auto reporte puede contener sesgos.</p> <p>4. Los indicadores de nivel Actividad son necesarios, pero no suficientes para generar el Componente.</p>
-----------	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos del Reporte General de Ficha de Monitoreo y Evaluación, CONEVAL (2012-2013, 2015-2016,2017-2018,2019-2020)

Como se observa en la tabla anterior son más las debilidades y amenazas que se presentan en el programa que las fortalezas. Desafortunadamente, el programa se opera desde una limitada planeación en el diseño y con indicadores poco confiables. La primera evaluación en 2012 mostró que el programa en un inicio no estaba vinculado con ninguna política de gobierno, además de que este presentaba grandes deficiencias en su diseño, ya que no contaba con reglas de operación, ni tampoco identificaba los niveles de responsabilidad de los operadores. Condiciones que desde un inicio muestran la marcada torpeza con la que se intenta contrarrestar una problemática tan densa y costosa para el Estado.

Una de las características que más se debe evaluar es la capacidad del programa para limitar la creciente tasa de prevalencia, sin embargo, CONEVAL en 2015 señaló que el programa no contaba con indicadores vinculados a prevalencia de obesidad y sobrepeso. El programa justifica su operatividad por medio de datos

que estiman el número de talleres y actividades de prevención para la salud, aunque se reconoce que estos son muy importantes, no son significativos para demostrar que el programa realmente contribuye en la mejora de la problemática.

Otra de las grandes deficiencias del programa ha sido una discrepancia entre la población objetivo y la población atendida. Se observa que hay una “falta de congruencia” en las unidades de medida de las distintas poblaciones ya que mientras que la unidad de medida de la población potencial (PP) y la población objetivo (PO) se cuantifica en términos de personas, la población atendida (PA) se dimensiona en términos de detecciones”²⁹ (CONEVAL, 2016, p. 3). Esto produce una falta de claridad para determinar cuál es el volumen poblacional atendido, si las acciones generadas por el programa no se contrastan con los datos reales de la morbimortalidad de la obesidad y su incremento de prevalencia, en definitiva, no se puede demostrar su efectividad.

Posteriormente en la evaluación 2016, se hace la observación de la ausencia de una base de datos sobre la cobertura precisa del programa, por ello, algunos resultados sobrepasan las metas establecidas. Es probable que esto pueda ser generado por una elaboración ficticia de registros, ya que la cuantificación de la población atendida sobrepasa en un 40% a la población objetivo, por lo cual es fundamental contar con un sistema de monitoreo que transparente los reportes en salud (CONEVAL, 2016), por lo que se genera como consecuencia que la ficha de monitoreo no logre establecer el valor equivalente neto de ese porcentaje estimado. Este fenómeno puede generar la duda razonable de que las metas estipuladas en los programas son manipuladas para justificar su permanencia.

Se deduce que el programa carece de un diagnóstico que especifique las condiciones previas a su aplicación, limitando con ello que se valore la efectividad del programa y la identificación del número de personas afectadas por obesidad en

²⁹PP Población Potencial es aquella que presenta el problema específico (brecha y/o la necesidad) que justifica o da origen al programa.

PO Población Objetivo es aquella identificada a partir de una serie de elementos inclusivos o también, nombrados focalizados, además de pertenecer al grupo de población potencial.

PA Población Atendida se refiere a la población objetivo que ya fue atendida por el programa o acción gubernamental (CONEVAL, 2021).

México, así como el número de beneficiarios en seguimiento. Además, se debe contar con un sistema de seguimiento de pacientes diagnosticados actualizado en tiempo real, que muestre la evolución de la enfermedad y la expresión de las complicaciones, para que a partir de estos registros se emitan los informes de resultados finales.

Es importante reconocer que estas recomendaciones son mencionadas evaluación tras evaluación y, desafortunadamente, no se atienden con eficacia. Las cuales hacen evidente el serio problema en el diseño de la política. Aunque, el panorama de ineficiencias es muy grande y en definitiva representa el origen de su poca efectividad, se debe rescatar que si cuenta con fortalezas y grandes oportunidades.

Las fortalezas con las que cuenta este programa radican en su vinculación con las dos grandes estrategias, las cuales son el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, herramientas a partir de las cuales se puede robustecer y mejorar las líneas de operación del mismo programa, no obstante, para lograr dicho aprovechamiento se debe contar con un claro diseño que las incorpore.

El programa contiene un componente muy importante en términos de salud pública y este es el preventivo, ya que es más barato prevenir, que curar y atender las complicaciones de una enfermedad. Por lo que este programa al contar con talleres y pláticas sobre promoción a la salud es capaz de modificar las conductas de autocuidado de los ciudadanos participantes. No obstante, es importante resaltar que las mismas evaluaciones ponen un foco de alerta en los registros, señalando que estos no son del todo fidedignos, por lo que se desconoce en términos reales cuántos son los beneficiados en estos talleres y que tanto impacto generaron en sus cambios de estilo de vida y conductas para la salud.

Este programa es una acción focalizada a para el combate de la obesidad, no obstante, como se ha mencionado en múltiples ocasiones dentro de esta investigación, la problemática es multifactorial, por tanto, se requiere de un

compromiso entre los distintos actores involucrados, como lo son, el gobierno, las instituciones y los ciudadanos.

En resumen, el programa presupuestal U008 posee grandes problemas metodológicos, principalmente en los indicadores de resultados, los cuales no están alineados para medir el efecto del programa en términos reales. La justificación del programa se ampara con un registro de actividades, las cuales aumentan cada año superando las metas anteriores, pero que son más *output*³⁰ que *outcome*³¹ con una meta baja o relativamente alcanzable a fin de cumplirla, por tanto, se generan dudas sobre la forma en que se determinan las actividades programadas y si éstas realmente contribuyen en la modificación de la problemática.

4.2.2 Seguimiento de resultados de los programas sectoriales de salud en materia de combate a la obesidad

Los Programas Sectoriales son un conjunto de objetivos, prioridades y políticas que registrarán el desempeño del sector administrativo, tendientes a elevar la calidad de vida de la población y que tienen como objetivo fundamental lograr un mayor estado de bienestar (COPLADEM, 2021). En el área de la salud, se distingue el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), conformado por acciones de gobierno encaminadas a responder las demandas de atención médica.

En el caso de la obesidad el programa sectorial proyecta diferentes objetivos y líneas de acción específicas, cabe mencionar que no en todos los sexenios se han establecido las mismas determinaciones para dar atención a esta problemática, incluso siendo omisas en la materia, como sucede en el programa Sectorial de Salud 2007-2012, el cual no cuenta con acciones en el combate a la obesidad. Esta ausencia puede darse a consecuencia de que para el año 2010 (mitad de este sexenio) apenas se firmó el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria

³⁰ Output son las leyes, reglamentos, reglas y similares; o el esfuerzo que hace el gobierno para abordar los problemas. (Birkland, 2010, p.229) Estos esfuerzos pueden ser traducidos a políticas públicas.

³¹ Outcome son el resultado sustantivo de las políticas públicas. Este resultado puede ser intencionado o involuntario, positivo o negativo. (Birkland, 2010, p.229).

y se instituyó el primer Programa con clave presupuestal P019, desplazado más tarde por el programa U008.

El análisis y seguimiento a los resultados de los Programas Sectoriales de Salud se delimitan a los periodos 2013-2018 y algunos de los resultados a mitad del sexenio del periodo 2019-2024, además, se utilizaron como fuente reportes de resultados anuales y un análisis general de CONEVAL del programa sectorial.

PROSESA 2013 - 2018

El programa cuenta con seis objetivos, de los cuales se han seleccionado para el análisis sobre la obesidad, aquellos con líneas de acción específicas para instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (del 1 al 3). La cual ha sido analizada de manera detallada en el capítulo tercero.

Se busca consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, para lo que dispone de la estrategia 1.2 específica para instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. En términos generales los reportes encontrados de las acciones generadas se centran en solo dos informes de 2017 y de 2018.

Los informes muestran una serie de incrementos en el número de talleres y actividades encaminadas a la educación para la salud. Como fueron los 106,647 eventos educativos realizados en 2017 (PROSESA), los cuales aumentaron en 2018 con un registró total de 127,676 (PROSESA) eventos educativos para promover una alimentación correcta, beneficiando a 4.5 millones de personas en el entorno escolar, laboral y comunitario e integrando la perspectiva de género en todos los grupos de edad, en apego a la normativa oficial mexicana.

De acuerdo con estos informes, los reportes mencionan una serie de incrementos basados en porcentajes de la capacidad de atención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Los cuales registran un incremento de 15.24% con respecto al 2013, esto en la capacidad del registro de vigilancia epidemiológica. Es prudente

hacer una pausa hasta este momento, para señalar varias problemáticas, entre ellas el que los reportes están basados en justificar que existe un trabajo para dar combate a la obesidad. No obstante, el registro de actividades no detalla si estas han funcionado para modificar los porcentajes de enfermos por sobrepeso, obesidad, diabetes y otras comorbilidades.

El informe anexa algunas actividades enfocadas a la prevención, el diagnóstico y el control de obesidad realizadas por distintas instituciones como la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE. No obstante, los resultados parecen estar aislados unos de otros, no existe un mecanismo con enfoque transversal que cuadre toda esta información y establezca de manera sistematizada el número de eventos realizados por institución. Al parecer las acciones están generadas de manera independiente sin relación unas con otras, por lo que sería muy valioso contar con métodos que integren todas estas actividades, para con ello generar informes que puedan ser publicados de manera sexenal.

Así mismo se señala que el Instituto Nacional de Salud Pública aportó con él diseño de un proyecto de manera muy significativa al PROSESA 2013-2018, el cual ha instaurado y operado el Observatorio Epidemiológico Nacional de Factores de Riesgo para Obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles a través de Colaboración Abierta Distribuida (Crowdsourcing) y el desarrollo de una aplicación interactiva para promoción de la salud y modificación de conducta. El cual en 2019 publicó un documento sobre el panorama epidemiológico de 2018 de las enfermedades no transmisibles (OMENT, 2018), el cual cuenta con datos relevantes sobre las 10 causas de muertes desde 2010, apuntalando en los primeros lugares las enfermedades no transmisibles como diabetes y enfermedades del corazón, ambas comorbilidades de la obesidad.

En materia de evaluación, se identificó que el programa sectorial sólo contiene una meta sexenal encaminada a medir la reducción de la problemática de la obesidad, la cual analiza la prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad, sin embargo, esta es monitoreable por medio de la ficha técnica del indicador 1 de los medios de verificación es una encuesta ad hoc, que estará disponible en la

página de la Secretaría de Salud. Este medio de verificación es impreciso; no se especifica el nombre completo de la encuesta, ni el área responsable de su realización y de su publicación, ni la periodicidad con la que se realiza (CONEVAL, 2016), por lo que se establece que no es posible someterlo a una comprobación independiente.

La evaluación de CONEVAL refirió inconsistencias en el indicador 1.2 por lo que se establece que el dato no es confiable. Sin embargo, es importante señalar que el problema aumentó tal como lo muestra la estadística de la tabla 5. y se confirma con los resultados emitidos por ENSANUT 2018 en los cuales se establece que la prevalencia pasó de 34.4% en 2012 a 35.6% en 2018. La tabla 5 que se muestra a continuación muestra de manera precisa cuales han sido los resultados de la prevalencia durante el sexenio 2012-2018.

Tabla 5. Resultados de indicador de prevalencia de obesidad

Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Indicador	Valor anual del Indicador								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	META 2018
1.2 Prevalencia de obesidad de niños de 5 a 11 años de edad.	NA	14.62	NA	NA	18.10	15.30	NA	17.5	12

Fuente: Extraída de la Estadística de PROSESA 2013-2018

Es notable que el porcentaje de prevalencia de obesidad de niños de 5 a 11 años de edad no disminuyó, aún con la instauración de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, además de su vinculación específica en las líneas de acción determinadas en el PROSESA 2013-2018, pues el sexenio inició con un porcentaje de 14.62% y se planteó una meta de reducción a 12%, la cual en definitiva no se logró y, por el contrario, superó los registros de 2012 llegando a un 17.5%.

Esto es muy preocupante, ya que las acciones no logran reducir el problema aun con todos los esfuerzos implementados, por lo que sigue siendo muy importante generar mecanismos integrales de evaluación para conocer cuáles son las

problemáticas presentes en la fase de implementación que evitan que las políticas y programas generen mejores resultados.

Las recomendaciones finales que emite la evaluación (CONEVAL, 2018) se generan a partir del reconocimiento de distintas debilidades que afectan de manera directa a la efectividad de los distintos objetivos señalados en el PROSESA 2013-2018. Y que sin duda también perjudican las líneas específicas de acción de los programas encaminados al combate de la obesidad. Las recomendaciones se generaron a partir de una serie de debilidades encontradas en los análisis de evaluación, las cuales se encuentran señaladas en la tabla 6 y se muestran a continuación.

Tabla 6. Principales debilidades del PROSESA 2013-2018

Debilidades	Recomendaciones
1. No se explicitan los problemas por atender en salud, ni las causas y efectos del mismo. No se describen las características de la población involucrada.	1.Revisar las <i>disposiciones normativas establecidas para</i> la elaboración de diagnósticos de programas sectoriales; considerar la importancia de una problematización adecuada y la identificación de la población que se ve afectada por la problemática a resolver.
2.Sólo dos de los objetivos sectoriales (OS) están orientados a resultados; ninguno describe la población por atender.	2.Reconsiderar la redacción de los cuatro OS restantes para enfocarlos también a producir resultados finales, e incluir en la redacción de los seis OS la población potencial o área de enfoque que se pretende atender.
3.La vinculación de las estrategias sectoriales (ES) con los programas prioritarios (PP) es incompleta.	3.Componentes que permitan eliminar los vacíos de atención de las estrategias sectoriales.
4.Asignación mayor de recursos presupuestales a OS relacionados con la atención médica curativa que a las acciones preventivas	4. Revisar la asignación presupuestal buscando equilibrar la asignación de recursos frente a la importancia de las acciones preventivas
5.Los indicadores sectoriales no son suficientes para medir el avance de los objetivos sectoriales.	5.Ubicar en el contexto de un sistema nacional de información en salud, la incorporación de nuevos indicadores para evaluar, de manera más integral, el avance del Programa.
6.Dos indicadores no son monitoreables debido a la imprecisión en los medios de verificación.	6. Revisar la construcción de los medios de verificación de los indicadores, como fundamento de los procesos de transparencia y de rendición de cuentas.

7. Inexistente información para analizar la coordinación para la atención de los objetivos sectoriales y valorar posibles sinergias entre actores involucrados

7. Hacer explícito los canales de coordinación de los actores involucrados para la atención de los objetivos sectoriales, estrategias y líneas de acción, en el contexto de los PP en salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de CONEVAL 2018.

El PROSESA 2013-2018 estableció líneas de acción para robustecer la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes como talleres, registros de personas diagnosticadas y atendidas, sin embargo, estas tuvieron una serie de inconsistencias como se ha señalado en la tabla 6. Las cuales nuevamente vuelven a centrarse en los indicadores, los cuales no miden en términos reales los logros obtenidos por su implementación, deficiencias que se relacionan con una falta de medios de verificación y un imperfecto sistema de información para analizar la coordinación entre los agentes operativos.

En términos reales, el incremento anual de talleres de promoción a la salud, el número de pacientes atendidos y diagnosticados, no logró disminuir la tasa de prevalencia de la obesidad (Tabla 1) ni tampoco el número de muertes relacionados con las comorbilidades de la obesidad, como son las enfermedades del corazón, la diabetes, la hipertensión arterial, las dislipidemias entre otras. Esto se puede observar en la siguiente tabla 7, la cual reúne las dos principales causas de muertes de 2010 a 2019, donde se observa como cada año se incrementa el número de fallecimientos por enfermedades desarrolladas a partir de la obesidad.

Tabla 7. Primera y segunda causas de muerte en México con número de defunciones.

Enfermedad	Defunciones por año									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Del corazón	105,144	105,710	109,309	116,375	128,731	121,427	136,342	140,855	149,368	156,04
Diabetes	82,964	80,788	85,055	89,469	98,521	94,029	105,572	106,525	101,257	104,35
Total	188,108	186,498	194,364	205,844	227,252	215,456	241,914	247,380	250,625	260,390

Fuente: Elaboración propia con registros de INEGI de 2010-2019.

Las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar de muerte en México, estas sin lugar a duda son el resultado crónico de las dislipidemias y la hipertensión arterial, que como se mencionó en el capítulo uno, son las responsables de complicaciones como cardiomegalia, evento cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal, entre otras. Por lo que la tabla solo hace evidente la frecuencia exponencial en el crecimiento de la mortalidad asociada. Y qué decir de la diabetes la cual se encuentra en la misma situación, donde México ocupa el primer lugar de prevalencia de diabetes de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Ruiz, 2018).

PROSESA 2019 - 2024

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024 no establece líneas específicas en materia de obesidad, sin embargo, sí cuenta con un objetivo, encaminado a ofrecer acciones preventivas y tratamiento para el control de enfermedades, y de manera particular con una línea de acción que prevé la atención de las enfermedades no transmisibles. El eje de acción se pauta por medio de la estrategia 5.1.1 Fortalecer la atención primaria de salud para la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las Enfermedades No Transmisibles, a través de servicios de calidad y un acceso oportuno para la población.

El PROSESA 2019-2024 establece una meta en la reducción de la tasa de mortalidad por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares del 10% con respecto a los registros del año 2018 (CONEVAL, 2020). La información que contiene la evaluación está orientada a revisar cuales son los indicadores establecidos en el PROSESA, por tanto, aún es poca la información generada de los resultados obtenidos tras este programa sectorial. Sin embargo, lo que sí se puede analizar hasta este momento es el crecimiento de los datos de mortalidad por estas enfermedades. Comparando el registro de 2018 último año del gobierno pasado 2013-2018 y los dos registros del actual gobierno, los cuales desafortunadamente han crecido de manera impresionante para 2020, con un

aumento de casi un 30% respecto a lo registrado en 2018. Lo señalado se puede observar en la tabla 8 la cual se muestra a continuación.

Tabla 8. Numero de muertes 2018 a 2020

	2018	2019	2020
Enfermedades del corazón	149,368	156,040	218,885
Diabetes mellitus	101 257	104,350	151,214
Virus SARS-COV-2 ³²	-	-	201,163

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de INEGI, 2018, 2019 y 2020

Este programa sectorial y sus objetivos aún no cuenta con informes de resultados de los años 2019 y 2020. Pero, como se muestra en la tabla anterior el panorama epidemiológico va con un aumento exponencial muy significativo. Aunque ya no será objeto del presente trabajo de investigación, si sería útil contrastar al final de este sexenio las evaluaciones resultantes del PROSESA 2019-2024 con las generadas del periodo 2013-2018.

4.2.3 Seguimiento de los resultados emitidos por las instituciones de salud

Así como se han analizado los Programas Presupuestales y los Programas Sectoriales de Salud, a continuación, se revisará la información reportada por las instituciones de salud con mayor número de derechohabientes, las cuales son Secretaría de Salud (SSA) con 14,400,000 derechohabientes afiliados por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 13,000,000 derechohabientes y El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 7,512,496 derechohabientes.

³² El porcentaje en suma de muerte por enfermedades del corazón y diabetes, supera en un 45.65% el total de muertes generadas por la pandemia por SARS-COV-2 o COVID-19, en el año 2020, es fundamental analizar esta realidad, porque la pandemia por este virus generó una respuesta sanitaria internacional inmediata. Es cierto es que más fácil combatir un virus microscópico que un sistema económico como el capitalismo y sus inversores, los cuales son dueños de las transnacionales que producen los alimentos chatarra.

El análisis de las acciones generadas por estas tres instituciones se realizó a partir de las respuestas emitidas a la petición de información solicitada por medio de la Plataforma Nacional de Acceso a la Información, las cuales contienen una serie de preguntas respecto al control de los pacientes diagnosticados con obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias. Además, se solicitó información sobre las acciones específicas dispuestas por cada institución para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados. El contenido completo de las solicitudes podrá ser revisado en los anexos de esta investigación.

La Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud posee la rectoría de las acciones de salud. Es la máxima institución en salud con el mayor número de derechohabientes, pues alberga a todos los ciudadanos sin un servicio de protección social, además, tiene bajo su responsabilidad instituciones públicas y privadas como el IMSS y el ISSSTE.

El diseño, ejecución y coordinación de políticas públicas en salud en México es responsabilidad de la Secretaría de Salud, por lo que se encuentra obligada a poseer la información en salud necesaria para explicar cuales son las acciones generadas y qué mecanismos utiliza para su evaluación. Sin embargo, la respuesta que generó a la solicitud de información fue muy deficiente, ya que ninguno de los oficios contenía respuestas completas sobre la información solicitada, por lo que se deduce que no existe una dependencia encargada de generar un análisis completo sobre la evaluación de las acciones implementadas para el combate de la obesidad, así como tampoco un informe al respecto, lo cual estaría violentando el Artículo 6to Constitucional, el cual establece que toda persona tiene derecho a libre acceso de información plural y oportuna.

La Secretaría de Salud contestó por medio de nueve oficios de sus distintas dependencias, no obstante, para el análisis de este trabajo sólo se consideraron cuatro, los cuales contenían información relevante para el objeto de estudio de esta investigación, las respuestas utilizadas son las emitidas por: la Dirección General de Información en Salud, la Dirección General de Epidemiología, la Subsecretaría

de Prevención y Promoción para la salud y El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Se debe enfatizar en que ninguno de los oficios emitidos por las dependencias de la SSA contenía información completa sobre los solicitados. Problemáticas que se analizarán más adelante en este capítulo.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

El IMSS emitió dos oficios en respuesta a los solicitado y tres bases de datos en versión excel, uno de los oficios corresponde al IMSS- Bienestar (Anexo 10) y el otro al IMSS-Régimen ordinario (Anexo 11). Las respuestas muestran un claro control sobre el seguimiento de los pacientes. Además, las bases de datos presentan de manera precisa y ordenada, el número de pacientes diagnosticados.

Sus reportes están enfocados a responder de manera óptima cuales son las acciones implementadas para el control del sobrepeso y obesidad. Se requirieron dos oficios para explicar cuál es el procedimiento utilizado para dar atención y seguimiento a los casos diagnosticados.

IMSS-Bienestar

El primer reporte se emitió por parte del programa IMSS-Bienestar, el cual atiende a población de zonas rurales. En respuesta al número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión arterial de 2010 a 2021, el IMSS envió una base de datos con los reportes generados de 2010 a los primeros meses de 2021. Esta información se muestra a continuación en la tabla 9.

Tabla 9. Número de casos nuevos de enfermedades no transmisibles registradas IMSS 2010-2021

Año	Casos nuevos de DM 2	Casos nuevos de HAS	Casos nuevos de Obesidad	Casos Nuevos de Sobrepeso Adolescentes CARA	Casos nuevos de sobrepeso < de 5 años (Indicador peso para la talla)	Casos nuevos de dislipidemias
2010	12,785	16,240	0	Nd	Nd	Nd
2011	16,437	17,120	9	Nd	Nd	Nd
2012	15,634	17,082	17	Nd	27,278	Nd
2013	13,472	14,582	474	Nd	79,772	Nd
2014	10,967	12,393	36,764	Nd	22,014	Nd
2015	10,030	11,486	28,374	Nd	24,747	38,285
2016	10,769	11,089	27,039	46,282	19,724	34,085
2017	11,035	11,714	29,667	64,432	21,074	19,077
2018	11,805	12,812	30,888	70,871	21,198	16,218
2019	12,032	12,177	26,096	47,856	25,587	15,514
2020	10,687	11,944	20,298	9,955	18,663	10,058
2021*	1,120	1,468	1,877	355	3,940	698
Total	136,773	150,107	201,503	239,751	263,997	133,935

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos del Programa IMSS- Bienestar (2021).

La tabla 9 muestra como las incidencias de obesidad y sus comorbilidades ha tenido picos altos en respecto al número de pacientes diagnosticados, pero los cuales han disminuido paulatinamente hacia el año 2020. Esto es el resultado de que a partir de 2007 se ha implementado el Servicio de Atención Integral a la Salud (SAIS), el cual cuenta con un abordaje integral sistematizado para orientar el control de las causas de la diabetes (obesidad) y que aborda los aspectos sustantivos para el control metabólico de la enfermedad.

El IMSS proporcionó una base de datos sobre el número de pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad de tres grupos etarios: menores de 5 años, 5 a 9 años y 10 a 19 años, a partir de los que se construyó la tabla 10, la cual se muestra a continuación y contiene los reportes de 2010 a enero de 2021.

Tabla 10. Número de pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad (menores de 5 años, 5 a 9 años y 10 a 19 años) IMSS.

Dx/ Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ene-21
Sobrepeso < 5 años	22,038	16,934	9,960	15,687	25,318	23,862	14,903	20,908	13,792	20,282	17,422	14,797
Sobrepeso 5 a 9 años	5,842	5,845	6,127	6,762	6,960	6,662	5,627	5,513	6,691	6,520	11,742	11,877
Sobrepeso 10 a 19 años	16,485	14,775	15,794	17,894	18,004	17,056	14,988	13,234	15,469	14,483	24,639	24,565
Obesidad < 5 años	8,738	7,017	3,849	6,494	10,044	16,846	9,835	14,526	9,828	14,981	6,315	6,034
Obesidad 5 a 9 años	4,427	4,501	4,557	5,483	5,038	5,016	3,948	3,979	5,408	4,910	6,149	6,866
Obesidad 10 a 19 años	10,088	9,649	10,358	10,638	11,063	10,854	896	8,537	9,884	9,676	12,399	12,528
Total	67,618	58,721	50,645	62,958	76,427	80,296	50,197	66,697	61,072	70,852	78,666	76,667

Fuente: Extraído de la Base de Datos del Programa IMSS- Bienestar.

En la tabla anterior se observa como el único grupo etario en el que no se ha generado un aumento constante en los últimos años es el de menores de 5 años. En el diagnóstico de sobrepeso el pico más alto se registró en 2014, con 25,318 casos y el de obesidad en 2015 con 16,846. No obstante, las cifras relacionadas con los grupos de edad de entre 5 y 19 años se muestran con un crecimiento constante que supera los registrado en años anteriores.

Es importante hacer un paréntesis para señalar que las clínicas del IMSS reforzaban las acciones de detección oportuna, consulta anual preventiva y talleres de educación para la salud de los beneficiarios de los programas Progresión-Oportunidades- Prospera (POP), el cual fue sustituido por las Becas Benito Juárez, las cuales no contempla el componente de salud y su obligatoriedad. Por lo que, sin el sentido de corresponsabilidad para la entrega de incentivos económicos es difícil que la población continúe acudiendo de forma voluntaria a consultas anuales.

El nuevo sistema de becas no contribuye a generar una conciencia social que abone en la construcción de conductas de autocuidado para la salud, por lo que existe una alta probabilidad de que los casos de niños y adolescentes

diagnosticados con sobrepeso y obesidad, registrado en la tabla 10, se conviertan en futuros diabéticos e hipertensos.

IMSS Régimen ordinario

La respuesta del régimen ordinario del IMSS a la solicitud de acceso a la información está acompañada de dos bases de datos y un oficio, el cual cuenta con una descripción clara de las acciones implementadas para el seguimiento de los pacientes diagnosticados, estos facilitaron la elaboración de la siguiente tabla, la cual contiene los casos diagnosticados de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión, de 2010 a 2020.

Tabla 11. Casos diagnosticados por diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión (HAS), Sobrepeso y Obesidad, 2010-2021, IMSS.

DX	Año										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
DM2	159,229	148,895	142,817	130,675	120,937	111,956	119,517	127,819	132,577	123,253	91,270
HAS	231,777	213,252	211,772	191,693	185,408	157,322	160,536	168,050	175,388	165,103	148,680
Sobrepeso y Obesidad	0	0	1,310	199,746	284,155	297,823	332,750	352,982	358,719	341,428	160,363
Total	391,006	362,147	355,899	522,114	590,500	567,101	612,803	648,851	666,684	629,784	400,313

Fuente: Extraída de la base de datos proporcionada por el régimen ordinario de IMSS

En la tabla se observa como el sobrepeso y obesidad no eran considerados un tema en control antes de 2012, aun cuando este es el precursor de enfermedades como diabetes e hipertensión. A partir del inicio de los registros los datos han mostrado cómo la prevalencia continúa en aumento con un total de 358,719 pacientes diagnosticados en 2018, siendo esta la cifra más alta en el registro. Las cifras de dislipidemias que se muestran en la tabla 12, al igual que las otras enfermedades, presentan un incremento persistente, por tanto, es preocupante observar que aun con un claro programa de atención integral, los padecimientos relacionados con la obesidad presentan una prevalencia alta y constante.

Tabla 12. Consultas en especialidades por Dislipidemias a nivel nacional IMSS, 2010-2019

Tipos de dislipidemias	Año									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Hipercolesterolemia pura	1,867	1,788	1,788	1,886	1,731	2,239	2,167	2,620	2,881	3,093
Hiperlipidemia mixta	1,100	1,773	1,484	1,669	1,645	2,624	3,189	3,705	4,266	4,653
Otra hiperlipidemia	221	126	128	151	170	176	271	229	337	436
Hiperlipidemia no especificada	21,617	21,704	20,871	19,856	17,882	15,955	12,798	9,428	8,467	6,567
Dislipidemias totales	24,805	25,391	24,271	23,562	21,428	20,994	18,425	15,982	15,951	14,749

Fuente: Extraída de la base de datos proporcionada por el régimen ordinario de IMSS

A diferencia de las otras instituciones en salud, el IMSS cuenta con un programa interno de atención directa a los pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad y dislipidemias (estas tres enfermedades son curables), denominado pasos por tu salud, el cual cuenta con una evaluación posterior de aquellos que lograron revertir su condición, los resultados se estiman a partir de la disminución de su índice de masa corporal (IMC). El programa cuenta con un plan de atención el cual tiene una duración de 3 meses con 3 sesiones por semana. Para determinar su eficacia se pesa y se mide al derechohabiente al inicio y al final. Se le enseña al paciente a realizar actividades prácticas acorde con su edad, además, de fomentar una dieta saludable.

A continuación, se presenta la tabla 12, la cual contiene los registros de las personas que lograron modificar su condición metabólica gracias al programa pasos por tu salud.

Tabla 13. Resultados del programa Pasos por tu Salud del IMSS

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
No. Personas que disminuyeron su IMC	3,351	12,509	10,110	12,365	13,483	12,086	11,175	14,878	2,663	92,620
% de Personas que Disminuyeron su IMC	30.40%	20.10%	30.10%	34.80%	36.50%	39.00%	26.40%	37.00%	38.30%	31.40%

Fuente: Extraída del oficio de respuesta emitido por el IMSS (2021).

2019 es el año en que más pacientes fueron atendidos y modificaron su condición metabólica, desafortunadamente, en el año 2020 se contó con pocos registros como consecuencia de una pausa obligada tras la pandemia por COVID-19.

El IMSS desarrolla sus actividades de diagnóstico y prevención de la obesidad y sus comorbilidades a partir de dos programas. El PREVENIMSS diseñado como estrategia de detección oportuna de enfermedades, entre ellas las no transmisibles como obesidad, sobrepeso, diabetes e hipertensión arterial, y el NutriMSS, programa integral de alimentación que enseña a los pacientes a comer bien y les brinda talleres de cómo pueden generar una dieta balanceada y accesible, con información útil para que ellos sean conscientes y partícipes en la generación de una conducta de alimentación saludable.

El IMSS cuenta con estrategias claras y un sistema de vigilancia de seguimiento de pacientes, además, de un registro de las actividades impartidas a sus derechohabientes para capacitación en salud. Sin embargo, también el IMSS posee ciertas debilidades y es que no todos los años cuentan con datos respecto al informe de actividades de ciertos programas.

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

El ISSSTE emitió una respuesta a modo de informe, el cual está compuesto por dos oficios y una base de datos en versión excel (Anexo 12). El primer oficio es emitido por parte de la Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, el cual señala solo contar con una base de registros de consulta la cual es anexada al oficio de respuesta. El segundo oficio es emitido por la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud, en el que se establecen las acciones para el control del sobrepeso y la obesidad.

El ISSSTE sólo señaló contar con registros de consultas a partir del año 2013, registros que permitieron la elaboración de la Tabla 13, la cual contiene el diagnóstico de obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

Tabla 14. Consultas anuales por padecimiento, ISSSTE.

DX	Año							
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Obesidad	251,295	252,357	261,580	270,144	256,124	260,671	275,600	119,973
DM2	1,140,137	1,222,536	1,305,455	1,410,993	1,529,836	1,678,908	1,782,500	1,363,003
HAS	2,657,634	2,734,416	2,737,388	2,804,339	2,776,768	2,828,994	2,771,718	1,986,103
Total	4,049,066	4,209,309	4,304,423	4,485,476	4,562,728	4,768,573	4,829,818	3,469,079

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos proporcionada por ISSSTE (2021).

Como se aprecia en la tabla anterior el mayor número de detección de obesidad y diabetes se registró en 2019. La hipertensión arterial, tuvo mayor número de casos diagnosticados en 2018, no obstante, la diferencia entre 2019 no es mucha. Para dar atención a estos pacientes el ISSSTE cuenta con dos programas internos para el control del sobrepeso y la obesidad (PPRESyO), así como el control de la diabetes (MIDE).

Desafortunadamente, las enfermedades solo llevan un seguimiento subsecuente en consulta médica, por lo que no se cuenta con datos de salida. Estos reportes forman parte del expediente clínico, pero a partir de ellos no se genera estadística ni evaluación sobre los resultados de las acciones implementadas o sobre la modificación de la condición metabólica.

La ausencia de seguimientos y evaluaciones de los programas hace imposible demostrar que estas acciones están generando verdaderos cambios reales en las conductas de autocuidado y por ende en la expresión de la problemática. Este es uno de los problemas más frecuentes al momento de emitir una evaluación sobre los resultados de la implementación de programas para el control de la obesidad.

En conclusión, las tres instituciones analizadas - SSA (rectora) e IMSS, ISSSTE- han mostrado como cada año estas enfermedades registran más pacientes. Es importante señalar que para el caso 2020 los datos disminuyeron como consecuencia de una falta de asistencia médica por razones de resguardo domiciliario a consecuencia de la pandemia por el Virus SARS COV-2. Por tanto, no

quiere decir que exista una disminución, sino que las actividades de diagnóstico y seguimiento de estos pacientes se vieron interrumpidas.

Problemáticas identificadas en las instituciones

Tras el análisis sobre las instituciones y sus respuestas generadas a la solicitud de información se identificó tres principales problemáticas en las acciones y programas para el combate de la obesidad implementadas por la SSA, el IMSS y el ISSSTE. Las cuales son: P1.- Desarticulación en la operatividad, P2.- Falta de Información en la detección y seguimiento de pacientes y P3.- Falta de mecanismos de evaluación. A continuación, se muestran de manera detallada cada una de ellas.

Problemática 1. Desarticulación en la operatividad.

Esta problemática se detectó al analizar que cada una de las instituciones posee programas internos diferentes para dar atención a la obesidad. Además, en el caso particular de la Secretaría de Salud esta desarticulación se encuentra en sus distintas dependencias.

Problemática 1.1 Programas Distintos por institución.

Se hace evidente una clara diferencia en los mecanismos de operatividad por parte de las tres instituciones analizadas, es cierto que hacen uso de las normativas nacionales como la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, además de utilizar como referentes de atención lo determinado en las Normas Oficiales de Salud. No obstante, el registro y seguimiento de las acciones para la atención de obesidad son diferentes.

La secretaría de salud, posee un sistema de detección de pacientes con sobrepeso y obesidad detectados en consulta, los cuales posteriormente pasan a ser parte de los registros del Sistema de Información en Salud (SIS). Las acciones de prevención y promoción de la salud son responsabilidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción para la Salud, la cual por medio de su operación

jurisdiccional posee un departamento integrado por un equipo que se encarga de generar talleres y actividades para fomentar la promoción de la salud.

El IMSS, por otra parte, cuenta con un claro control sobre el seguimiento de los pacientes y tres programas de atención inmediata, los cuales son PREVENIMSS, NutriMSS y Pasos por tu salud. Enfocados a generar una capacitación directa de los pacientes con la intención de modificar sus conductas de autocuidado y lograr una reversión de su condición metabólica.

El ISSSTE al igual que la Secretaría de Salud posee un sistema de detección de pacientes con sobrepeso y obesidad detectados en consulta, los cuales posteriormente pasan a formar parte de los registros en salud generados por la Jefatura de Servicios de Estadística Institucional. Esta institución posee programas internos de promoción de la salud, para el control sobrepeso y la obesidad (PPRESyO), y de la diabetes (MIDE).

Las tres instituciones poseen mecanismos para la atención del sobrepeso y la obesidad, no obstante, solo el IMSS cuenta con un seguimiento directo de los pacientes diagnosticados en consulta. Ya que, las otras dos instituciones (SSA e ISSSTE) operan sus programas preventivos sin relación inmediata con los pacientes detectados en consulta, ni tampoco monitorean su modificación metabólica.

Problemática 1.2 Desarticulación interna entre la SSA y sus dependencias.

Esta problemática se observa al analizar las distintas respuestas emitidas por las dependencias de la Secretaría de Salud. Es importante señalar nuevamente que, de los 9 oficios de respuesta, generados a la solicitud de información, solo cuatro contienen información útil y alineada a contestar las preguntas planteadas (Anexos 2-6).

Los oficios con información útil fueron generados por las siguientes cuatro dependencias, las cuales desarrollan las siguientes actividades:

- a) La Dirección General de Información en Salud genera información estadística de morbilidad y mortalidad para, junto con las tendencias demográficas y la pirámide poblacional, planificar las

políticas, programas y acciones de salud pública, así como el desarrollo de infraestructura y de servicios médicos.

- b) La Dirección General de Epidemiología genera vigilancia epidemiológica y fortalece la red de colaboradores nacional e internacional para proveer de información y conocimientos de calidad que sustenten las políticas públicas en beneficio de la salud de la población.
- c) El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) conduce e implementa a nivel nacional 18 programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades en la población mexicana. En los que se encuentra el programa 3 enfocado a la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular
- d) La Subsecretaría de Prevención y Promoción para la Salud propone las políticas en las materias de prevención y promoción de la salud, de control de enfermedades, de salud mental, así como establecer las estrategias de ejecución, coordinación, dirección, supervisión y evaluación de aquellas políticas.

Como se acaba de mencionar, estas dependencias contestaron a la solicitud de acceso a la información, lo que se rescata en este análisis, es que cada una hace uso de registros diferentes como en el caso de la Subsecretaría de prevención y promoción para la salud, la cual contesta, no contar con registros de pacientes diagnosticados y por tanto hace uso de los reportes emitidos por ENSANUT (Anexo 3 y 4), cuando a la misma pregunta la Dirección General de Información en Salud, proporciona una serie de direcciones electrónicas para acceder a una plataforma denominada Cubos, la cual contiene una serie de registros en salud. Es evidente que, aunque cada dependencia tiene sus propias atribuciones, estas no trabajan de manera coordinada y bajo un marco transversal. Condición que impide medir con efectividad los impactos reales de las estrategias y políticas implementadas para el combate de la obesidad.

En resumen, es necesario articular todos los esfuerzos en materia de control de obesidad, establecer un marco transversal de acción para poder estandarizar la

información y evaluar con eficacia las acciones implementadas, porque de lo contrario, no es posible alinear los esfuerzos y por ende obtener buenos resultados.

Problemática 2. Falta de Información en la detección y seguimiento de pacientes.

Esta problemática se detecta al observar una clara falta de información por parte de las instituciones y dependencias sobre los registros de pacientes diagnosticados con obesidad y su seguimiento de 2010 en adelante. En la Secretaría de Salud, como ya se mencionó anteriormente, no todas sus dependencias cuentan con registros sobre las estimaciones de pacientes con obesidad u otras enfermedades no transmisibles y su seguimiento. Este es el caso del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), el cual respondió no contar con información respecto al seguimiento del número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemias, esto puede revisarse directamente en su oficio de respuesta el cual se encuentra en el Anexo 6 de esta investigación, Es preocupante observar como una institución dedicada al control de enfermedades desconoce los números de pacientes diagnosticados y el seguimiento que se les da.

El CENAPRECE señala que al no ser una institución que brinda servicios de salud, tampoco cuenta con registros (Anexo 6). Es claro que ellos no emiten registros, no obstante, como conocimiento mínimo deben contar con un panorama general de pacientes diagnosticados y el seguimiento de las acciones establecidas para su control.

El ISSSTE es otra institución que no cuenta con información sobre el seguimiento de los pacientes diagnosticados en consulta, señala si registrar las detecciones y cuenta con un control epidemiológico de incidencias, no obstante, los reportes de los diagnósticos generados en consulta forman parte del expediente clínico, pero a partir de ellos no se genera estadística ni evaluación sobre los

resultados de las acciones implementadas, información que puede revisarse en el Anexo 13.

La falta de información es un problema que también se presenta en la COFEPRIS. Ya que, desafortunadamente su respuesta asegura que no es de su competencia el manejo de la información requerida. Oficio que puede revisarse en los anexos (Anexo 8) de esta investigación.

La información se solicitó a COFEPRIS con fundamento en el acta de verificación sobre publicidad y etiquetado de alimentos DOF-15-04-2014, en la cual se establecen los lineamientos que dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 Bis, 79, fracción X y 86, fracción VI, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. Además, la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, en su apartado de dependencias e instituciones participantes señala que la SSA debe crear e implementar una regulación sanitaria de etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas. (SSA, 2013) función que le corresponde a la COFEPRIS según el Artículo 17 Bis de la Ley General de Salud el cual establece que la Secretaría de Salud ejerce las atribuciones de regulación, control y fomento sanitario, por medio de esta comisión.

En resumen, la falta de información sobre los pacientes diagnosticados, las acciones generadas para su atención y la información en general sobre la implementación de las políticas y programas para el control de la obesidad, impide la generación de evaluaciones, las cuales son necesarias para mostrar en términos reales si las acciones implementadas contribuyen eficientemente a revertir o modificar la tendencia epidemiológica de la obesidad.

Problemática 3. Falta de mecanismos de evaluación.

Esta problemática se encuentra muy relacionada con la anterior, ya que al existir una falta de información es consecuente que exista una falta de mecanismos para

evaluar la efectividad de las acciones implementadas. Bajo este argumento, se señala que como se observó en la problemática anterior, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) establece no conocer los mecanismos para evaluar la efectividad de las políticas públicas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad. Esto es inquietante, ya que dentro de sus actividades este conduce e implementa programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades, como el programa 3 para el control de la obesidad y riesgo cardiovascular, pero señala no conocer con que mecanismos se evalúan (Anexo 6).

En esta misma problemática se encuentra la Subsecretaría de Prevención y Promoción para la Salud, la cual establece que no se cuenta con mecanismos, ni evaluaciones de los programas y políticas como el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, además señala que, si se cuenta con una evaluación de la Estrategia para la Prevención y control del Sobrepeso, la obesidad y la Diabetes y proporciona una dirección electrónica la cual, lamentablemente, no funciona (Anexo 3 y 4).

En resumen, la falta de mecanismos para la evaluación de las acciones generadas para el combate de la obesidad, limita la capacidad de eliminar o modificar las problemáticas existentes en la fase de implementación, que por ende impiden la mejora de las acciones en materia de obesidad.

4.3 Situación de la regulación sanitaria y política fiscal como estrategia de combate a la obesidad

La regulación sanitaria y política fiscal es el tercer pilar de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes publicada en 2013. Este pilar es antecedido por el pilar de salud pública y el pilar de atención médica. Como se observa en el siguiente esquema de la ilustración 2.

Ilustración 2. Esquema de los pilares de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes



Fuente: Extraída del manual de las ENPCSOD (2013)

Las acciones contempladas en el tercer pilar son el etiquetado, la publicidad y la política fiscal, por tanto, para dar seguimiento oportuno a este análisis se generó una solicitud por medio de la Plataforma de Transparencia a la COFEPRIS, la cual como ya se indicó en las problemáticas encontradas durante el análisis de las dependencias no emitió información al respecto. Por lo que, el análisis del etiquetado y la publicidad se realizó por medio de apoyo documental y periodístico.

El etiquetado ha estado sujeto a una serie de cambios con la intención de ofrecer información oportuna y veraz sobre el contenido alimenticio de los productos industrializados. Esto porque tras la occidentalización de la dieta, México se convirtió en uno de los principales consumidores de alimentos industrializados y ultraprocesados, situación que ha generado la necesidad de estructurar un sistema de etiquetado que ayude a los consumidores a tomar decisiones saludables sobre los productos que adquieren. A continuación, se presenta la tabla 14, la cual contiene una línea de tiempo sobre las modificaciones y transformaciones de las disposiciones legales del etiquetado de alimentos procesados

Tabla 15. Cambios en la política de etiquetado de alimentos

Año	Fecha	Sucesos	Observaciones
2010	18 FEB	Entra en vigor la NORMA Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, para el etiquetado de alimentos y bebidas procesadas sin alcohol.	El etiquetado dificulta el análisis de la información nutrimental impidiendo con ello la correcta toma de decisiones sobre los productos que se consumen.
2011	16 MAR	Se introduce una propuesta de etiquetado elaborado por empresas pertenecientes al Consejo Mexicano de la Industria de Consumo (ConMéxico) y la Alianza por una Vida Saludable.	Esta propuesta incorpora cuatro íconos básicos – energía, grasa saturada, azúcares y sodio. Con la finalidad de hacer más rápido el análisis nutrimental por parte del consumidor.
	19 JUL	INSP realiza un estudio en donde señala sobre el etiquetado.	El estudio muestra que el contenido de la etiqueta es difícil de comprender, además, los porcentajes límite de azúcares añadidos no son los establecidos por OMS.
2012	07 SEP	El Poder del Consumidor presentó una denuncia ante la COFEPRIS por violación de la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010	Establece que la etiqueta diseñada por ConMexico, presenta una serie de anomalías que atenta contra la salud al no mostrar los verdaderos porcentajes nutrimentales.
	23 MAY	Consumers International (CI) genera una encuesta en varios países sobre la comprensión del etiquetado resaltar el beneficio de un etiquetado nutricional claro y coherente al frente del envase.	Señala casos específicos como los cereales de Kellogg's y Nestlé, y los falsos datos sobre la cantidad de azúcar en refrescos de Coca-Cola.
2013	31 OCT	Implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la obesidad y la Diabetes.	Señala que a partir de la comprensión del etiquetado se puede limitar el consumo de alimentos nocivos, además, de establecer la fuerte relación entre una alimentación incorrecta y las incidencias de enfermedades no transmisibles.
	15 ABR	El Poder del Consumidor y la Fundación Interamericana del Corazón de México, organizaciones integrantes de la ALIANZA POR LA SALUD ALIMENTARIA interponen un amparo ante jueces de Distrito en Materia Administrativa.	Esta nueva estrategia diseñada para dar combate a la obesidad, establece que los productos deben estar apegados a los lineamientos establecidos por la OMS, principalmente a los valores recomendados en azúcares añadidos.
2014	15 ABR	El Poder del Consumidor y la Fundación Interamericana del Corazón de México, organizaciones integrantes de la ALIANZA POR LA SALUD ALIMENTARIA interponen un amparo ante jueces de Distrito en Materia Administrativa.	El cual señala que algunas empresas continúan mintiendo acerca de los porcentajes de azúcares añadidos, además de que la comprensión del etiquetado aún sigue siendo confusa.
2015	02 JUL	Se presenta una carta ante la COFEPRIS, dirigida al presidente Enrique Peña Nieto sobre la política de etiquetado.	Diversos expertos a nivel internacional concuerdan que la problemática de la comprensión del etiquetado en México limita la correcta decisión de los consumidores, por lo que se expone que el impuesto a las bebidas azucaradas es una medida correcta pero no suficiente.
2016	28 DIC	Se emite la resolución del amparo 1440/2015 interpuesto en el año el 15 de abril de 2014	La cual establece el etiquetado es contrario a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los azúcares añadidos, a la propia Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENSOD), además, de que limita la protección del derecho a la salud.
		La sentencia fue recurrida por COFEPRIS	Por tanto pasa a ser facultad de la Suprema Corte de Justicia.
2017	16 ENE	Movimiento por una Vida Saludable, A.C. (Movisa) presentó públicamente la campaña "Checa y Elige" por televisión, radio, medios impresos y digitales.	Con la intención de utilizar el etiquetado, aunque este continúe presentando debilidades. Por ello, la organización a ALIANZA POR LA SALUD ALIMENTARIA denuncia sanitaria (acción popular) ante COFEPRIS para evidenciar que la campaña provocará

2018	08 JUL	La Suprema Corte de Justicia rechazó el amparo de revisión 204/2018.	daños a la salud de las personas y que generará una mayor epidemia de sobrepeso, obesidad y diabetes. El ministro González Salas que ampara a la organización El Poder del Consumidor planteaba ratificar la sentencia de un juez federal, quien sostenía que el gobierno tiene la responsabilidad de garantizar la salud de las personas, sin embargo la Segunda Sala de la Corte rechazó la propuesta de González Salas y turnar el asunto a la ministra Margarita Beatriz Luna Ramos, quien deberá elaborar un nuevo proyecto de resolución.
2019	JULIO	La ministra Yasmín Esquivel Mossa pone fin al 204/2018	Ella señaló que si bien México ocupa los primeros puestos a nivel mundial en sobrepeso y obesidad, no obedece al contenido del etiquetado frontal nutricional, sino a diversos factores que tienen su origen en el seno familiar; sus costumbres, sus hábitos; sus pasatiempos; de forma tal que la manera de combatir estos problemas corresponde no sólo al Estado, sino a todos sus habitantes
	1 OCT	La Cámara de Diputados aprobó reformas y adiciones a la Ley General de Salud, para establecer que los alimentos y bebidas no alcohólicas deberán tener un nuevo etiquetado frontal.	Se establece que la nueva etiqueta debe advertir de manera veraz, clara, rápida y simple sobre el contenido que exceda los niveles máximos de energéticos, azúcares añadidos, grasas saturadas, sodio y los demás nutrientes críticos e ingredientes.
2020	1 OCT	Entra en vigor el nuevo etiquetado.	El cual hace uso de sellos de advertencia para contribuir en la reducción de la ingesta de alimentos no saludables. Señalado por medio de un icono rápido el exceso de calorías, azúcares, grasas saturadas, grasas trans y sodio.
2021	1 ABR	Se anexa una disposición que regula la presencia de personajes animados en productos de consumo infantil.	Se estipula que los productos que contengan uno o más sellos de advertencia, así como leyendas precautorias, no podrán contener ninguna estrategia publicitaria, como el uso en el empaque de personajes infantiles, dibujos animados, celebridades o deportistas que estando dirigidos a niños inciten, promuevan o fomenten el consumo, compra o elección de estos productos

Fuente: Elaboración propia a partir de distintas publicaciones periodísticas.

Como se observa en la tabla anterior, la política de etiquetado a estado bajo la crítica de diferentes organismos nacionales e internacionales que han señalado que la información no es útil, por lo que es necesario generar un nuevo modelo de etiquetado (Cruz, 2008). Sin embargo, es hasta la firma del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, el cual establecía en sus objetivos 3, 7, 8 y 9³³ una reducción

³³ Objetivos del ANSA.

3.-Disminuir azúcar y grasas en bebidas, 7.-Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos, 8.-Disminuir el consumo de grasas saturadas y reducir al mínimo las grasas trans, 10.-Disminuir el consumo de sodio (2010)

en el consumo de grasas trans, azúcares y sales, que se elaboró una propuesta de etiquetado, con el objetivo de proporcionar de manera clara y precisa información para la toma de decisiones por parte de los consumidores. Aunque se creó una nueva propuesta esta se volvió a enfrentar a una serie de cuestionamientos que resaltan sus principales irregularidades, como: el hecho de no haber sido conformada por un grupo de trabajo de expertos libre de conflicto de interés; no partió de la evidencia científica; utiliza un formato y conceptos incomprensibles; utiliza un valor de referencia de azúcares que induce un alto consumo (INSP, 2012).

Las irregularidades han generado la necesidad de crear otro sistema de etiquetado, siendo el más reciente el del año 2020, el cual surgió como resultado de la modificación a la norma NOM-051-SCFI/SSA1-2010 determinando el nuevo sistema nominado Etiquetado de advertencia, el cual consiste en imprimir en los empaques de los productos ultraprocesados una serie de sellos negros octagonales que contienen las leyendas de exceso de los componentes dañinos para la salud, como lo son calorías, azúcares, grasas saturadas, grasas trans y sodio. Tal como se observa en la ilustración 3

Ilustración 3. Sellos de advertencia de etiquetado 2020



Fuente: Extraída de una nota periodística (Infobae, 2020).

El sistema de etiquetado advierte sobre los contenidos de los productos que pueden afectar a la salud, los cuales contribuyen en el aumento de la obesidad. Estos sellos facilitan su comprensión y permiten la toma de decisiones en cuanto su consumo.

El mecanismo aún presenta debilidades sustanciales. Infobae en su artículo El nuevo etiquetado de la comida chatarra en México enfrenta severa oposición en EEUU y UE (2020) identifica las siguientes:

- a) No distingue las cantidades específicas de azúcares, grasas saturadas, grasas trans y sodio.
- b) No se distinguen las porciones de los productos, aunque estos no sean del mismo tamaño.
- c) No proporciona valores recomendados para el consumo en adultos y niños.

La obesidad es un problema de salud en México, situación asociada principalmente al alto consumo de alimentos no saludables, el cual posee una serie de agentes involucrados. Estos agentes se pueden clasificar esencialmente en tres:

- a) Los que producen los alimentos
- b) Los que lo consumen.
- c) Los que regulan la interacción productor- consumidor.

Los productores de alimentos no saludables, en definitiva, no están interesados en modificar la problemática de obesidad, ya que sus intereses se mueven conforme al mercado y al sistema capitalista. Estos no quieren disminuir sus ventas y tampoco quieren ser regulados.

Los ciudadanos o consumidores, poseen una serie de factores que los llevan a continuar ingiriendo estos productos, factores que pueden ser: falta de educación para la salud, exceso de publicidad de alimentos ultraprocesados, etiquetas de alimentos poco claras y útiles, falta de tiempo y de conocimientos para preparar alimentos saludables. Aunque estos también están sujetos a la disponibilidad de ciertos alimentos por parte del mercado, ejemplo de ello, verduras y frutas, más costosas que los alimentos procesados. Además, es probable que los consumidores no estén dispuestos a adoptar conductas responsables sobre su alimentación, por lo que los resultados de la regulación en el consumo de alimentos procesados se ven fuertemente erosionados.

La interacción entre los dos agentes anteriores es responsabilidad del Estado, el cual, por medio de sus instituciones genera acciones y establece marcos de regulación, con la intención de crear condiciones para equilibrar esta relación, por lo que es necesario que se refuercen las acciones para controlar esta relación de consumo, ya que la ausencia de un control efectivo, en gran medida es la responsable de la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en México, la cual se traduce en altos costos sociales, tal como se explicó en el capítulo tercero.

Por otra parte, es importante recordar que el Estado sí se encuentra obligado a establecer mecanismos que permitan generar un equilibrio. Pues de lo contrario su capacidad para garantizar el derecho a la salud como consecuencia de la obesidad, se ve amenazada.

En resumen, la política de etiquetado no ha logrado contribuir en la reducción de la obesidad. Ya que al parecer ha tenido una interacción laxa con los productores de alimentos procesados y ultraprocesados. Además, tampoco ha conseguido generar mecanismos de información útil sobre los efectos y componentes nocivos para la salud de los consumidores.

La última política de etiquetado es más fácil de comprender, no obstante, continúa siendo un reto poder impactar de manera adecuada en el cambio de la conducta de consumo de este tipo de alimentos, los cuales sin duda alguna son los responsables en gran medida de la epidemia de obesidad.

4.4 Elementos útiles para el diseño de una política pública de combate a la obesidad

El análisis de la evaluación y resultados de las acciones implementadas como respuestas a la problemática que representa la obesidad, han permitido identificar una serie de debilidades, las cuales ya se han descrito con anterioridad. No obstante, también, se han identificado una serie de fortalezas y de oportunidades, las cuales han estado dispersas a lo largo de 10 años. Por lo que este trabajo se planteó como uno de los objetivos la recopilación de esos elementos, que pueden ser útiles en el momento de diseñar o modificar las políticas públicas de obesidad.

Las fortalezas y oportunidades presentes en las diversas acciones analizadas para el combate de la obesidad se han estructurado de la siguiente forma: en primer lugar, el programa presupuestal; en segundo lugar, los Programas Sectoriales de Salud; en tercer lugar, los programas y acciones de las instituciones en salud, SSA, IMSS e ISSSTE; y, finalmente, las disposiciones jurídicas.

Programa presupuestal para el control de la obesidad

El análisis del programa presupuestal se realizó gracias a las evaluaciones emitidas por CONEVAL, las cuales proporcionaron un panorama claro de cuáles eran aquellas características que proporcionaban estabilidad y mejora en los Programas Presupuestales de Obesidad. Entre ellas se destacan las siguientes.

Fortaleza PPO 1.Vinculación con el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria y con la Estrategia de Prevención y Control del Sobrepeso Obesidad y Diabetes.

Fortaleza PPO 2.Vinculación con los últimos dos Programas Sectoriales de Salud, 2013-2018 y 2019-2024.

Fortaleza PPO 3.Incorporación del componente preventivo, como eje fundamental.

En este mismo sentido se identifican las siguientes oportunidades de mejora, que al igual que las fortalezas contribuyen en el momento de generar o modificar un nuevo programa presupuestal.

Oportunidad PPO 1.Identificación precisa de los tres tipos de población (potencial, objetivo, atendida).

Oportunidad PPO 2.Establecimiento claro de las líneas de acción a implementar y los mecanismos necesarios para atender de manera efectiva la reducción de la problemática de la obesidad.

Oportunidad PPO 3.Identificación de fuentes de financiamiento y de los recursos humanos y materiales con los que se cuenta.

Oportunidad PPO 4.Diseño de indicadores apareados con datos de prevalencia.

Oportunidad PPO 5. Emisión de informes anuales de resultados.

Programas sectoriales de salud

El análisis de los programas sectoriales permitió la identificación de fortalezas y oportunidades, las cuales pueden contribuir en la planeación de nuevas estrategias y líneas de acción específicas para el combate de la obesidad, que puedan ser contempladas en el diseño de futuras políticas de gobierno. Entre las fortalezas más importantes identificadas en los Programas Sectoriales de Salud, se encuentran las siguientes:

Fortaleza PSS 1. Elaboración de diagnóstico poblacional previo.

Fortaleza PSS 2. Utilización de los informes sobre los resultados del indicador de la prevalencia de obesidad de niños de 5 a 11 años de edad de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes y de los otros grupos etarios.

Fortaleza PSS 3. Uso de los informes sobre el ejercicio fiscal de los programas presupuestales para el control de la obesidad.

Al igual, se identifican las oportunidades de mejora con la intención de contribuir en el momento de generar o modificar un nuevo programa sectorial de salud.

Oportunidades PSS 1. Utilización de los reportes del volumen de pacientes diagnosticados y en control con sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión y otras comorbilidades (recabado en el Sistema Único de Información en Salud).

Oportunidades PSS 2. Incorporación de los resultados y evaluaciones de los programas implementados por las distintas instituciones, los cuales ofrecen un panorama real de los retos y dificultades identificados en su implementación.

Oportunidades PSS 3. Uso de los sistemas de información en salud para evaluar de forma anual los resultados de las acciones dispuestas en el programa.

Instituciones en salud

El análisis de las instituciones y sus programas internos ha permitido identificar que cada una trabaja con parámetros distintos, por lo que es valioso señalar que cuentan con una serie de fortalezas que deben ser integradas en un solo marco de operación, para que con ello se pueda facilitar la generación de evaluaciones y a partir de ellas, modificar las debilidades encontradas. A continuación, se enlistan estas fortalezas de los Programas Internos Institucionales.

Fortalezas PII 1.Utilización de los informes de resultados anuales, de los logros obtenidos de la implementación de los programas.

Fortalezas PII 2.Fomento de las actividades preventivas con enfoques multiculturales, que permitan establecer corresponsabilidad y autocuidado por parte de los pacientes.

Fortalezas PII 3.Incorporación de programas de capacitación sobre el manejo de los programas internos.

Fortalezas PII 4.Uso del sistema único de registros de información en salud.

En este mismo sentido se identifican las siguientes oportunidades de mejora, que al igual que las fortalezas contribuyen en el momento de generar o modificar un nuevo sistema de programas internos.

Oportunidad PII 1.Incorporación de acciones de seguimiento inmediato a pacientes diagnosticados en consulta.

Oportunidad PII 2.Elaboración de informes sobre los resultados de la implementación de programas a pacientes diagnosticados.

Oportunidad PII 3.Elaboración de informes de pacientes que lograron modificar su condición metabólica

Oportunidad PII 4.Seguimiento de los pacientes incorporados a programas específicos contra obesidad u otra comorbilidad.

Marco jurídico y funciones legislativas

El análisis del marco jurídico permitió identificar los lineamientos a partir de los que se puede construir un fundamento legal para la aplicación y desarrollo de políticas públicas de control a la obesidad. Estas fortalezas en el marco jurídico son:

Fortalezas MJ 1. Lineamientos internacionales en materia de alimentación, nutrición y control de enfermedades no transmisibles.

Fortalezas MJ 2. Lineamientos internacionales en materia de atención primaria a la salud.

Fortalezas MJ 3. Lineamientos internacionales en materia de protección del derecho a la salud.

Fortalezas MJ 4. Pactos Internacionales sobre Derechos Humanos.

Fortalezas MJ 5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

a) Artículo 4to constitucional.

Fortalezas MJ 6. Legislación Sanitaria Nacional

a) Ley General de Salud

Fortalezas MJ 7. Normas mexicanas oficiales en salud:

a) "Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad"

b) NOM-008-SSA3-2010

c) "Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias" NOM-037-SSA2-2002

d) "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes"

e) NOM-015-SSA2-1994

f) "La prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial" - NOM-030-SSA2-1999

g) "Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-información comercial y sanitaria" - NOM-051-SCFI/SSA1-2010

Al igual, se lograron identificar las siguientes oportunidades las cuales pueden contribuir en el momento de generar un fundamento jurídico para la emisión de disposiciones en materia de obesidad.

Oportunidades MJ 1. Incorporación de una disposición en la ley general de salud que señale la necesidad de generar informes de seguimiento de pacientes diagnosticados con obesidad.

Oportunidades MJ 2. Establecimiento de una disposición que fomente la atención integral inmediata a los pacientes diagnosticados con obesidad.

Oportunidades MJ 3. Fomento de la creación de una disposición que elimine por completo la publicidad dirigida a niños sobre alimentos industrializados y procesados.

Oportunidades MJ 4. Fomento en la creación de etiquetado con datos de referencia sobre el consumo recomendado por grupo de edad.

Todos estos elementos organizados en un mismo marco integral, contribuyen a generar líneas de acción transversal en donde todos los agentes involucrados en proporcionar estrategias de acción para el combate de obesidad, lo hagan desde los mismos parámetros. Esto con la intención de facilitar los procesos de evaluación y así eliminar o modificar aquellas debilidades que atenten contra la efectividad de las acciones.

4.5 Conclusión Capitular

La obesidad es una problemática detectada a partir del año 2006 ante el impresionante crecimiento de los datos registrados de la prevalencia, pero es hasta el 2010 que gracias al Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria que el problema alcanza un reconocimiento institucional. Por lo que a partir de este momento se generan líneas de acción específicas para el combate de la obesidad. No obstante, aunque se han generado múltiples esfuerzos es evidente que en contraste también se observa que el problema y sus datos epidemiológicos no han disminuido.

En el presente capítulo se analizaron los resultados y evaluaciones de las diversas políticas públicas desarrolladas en México para dar combate a la obesidad.

Como lo es el programa presupuestal, las líneas de acción contenidas en los programas sectoriales de salud, las acciones internas de las instituciones y, finalmente, la política de etiquetado y publicidad de alimentos.

Las evaluaciones son fundamentales para poder entender por qué aun con la creación e implementación de estrategias para el combate a la obesidad, el problema no se ha disminuido y por el contrario parece acumular cada vez más casos. El evaluar permite identificar las debilidades existentes en los programas, con la finalidad de intervenir y modificar esos componentes que debilitan su efectividad, sin evaluación se puede continuar invirtiendo en acciones que no generan cambios reales. Por ello, en este trabajo se generó un análisis enfocado en identificar debilidades, pero al igual identificar fortalezas y oportunidades con el objetivo de proporcionar elementos para un nuevo diseño o para adaptar y modificar las políticas vigentes.

El primer programa presupuestal de la obesidad fue el P019, el cual fue sustituido rápidamente por el U008. El programa ha estado sujeto a una constante evaluación por parte de CONEVAL. Evaluaciones que han emitido una serie de recomendaciones enfocadas a la mejora. Se reconoce que el programa tiene una serie de fortalezas, como lo son: una vinculación con las estrategias nacionales y con los programas sectoriales, además de contar con la prevención como eje prioritario. No obstante, las debilidades han estado enfocadas a condiciones metodológicas como lo son: problemas en el diseño de la matriz de indicadores, donde se señala que sus indicadores y metas no miden en términos reales el impacto del programa.

Los programas sectoriales de salud en México como políticas de gobierno, incorporan por primera vez esfuerzos enfocados a la obesidad en el PROSESA 2013-2018, este con vinculación en la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, el programa sectorial dispone de líneas de acción específicas para instrumentar esta estrategia. Sin embargo, las debilidades encontradas se han enfocado en una falta de información sobre los registros de casos y de la atención brindada, lo cual debilita las evaluaciones y la

actuación inmediata para modificar las problemáticas focalizadas de la implementación.

Posteriormente, el PROSESA 2019-2024, ha cambiado su enfoque, dejando el discurso de la obesidad integrado indirectamente en la atención de las enfermedades no transmisibles. Aunque se tiene más registro de las acciones generadas en el PROSESA 2013-2018, que, en el actual, lo que sí es evidente es que en los seis años de vigencia del programa sectorial pasado y en los dos del actual programa, no se han disminuido los casos de prevalencias y muertes relacionadas con las comorbilidades de la obesidad, por el contrario, estos cada vez registran más casos.

Las instituciones por su parte han implementado programas internos para dar atención a la obesidad. Sin embargo, de acuerdo con la información reportada por medio de la Plataforma de Transparencia, se han logrado detectar tres problemáticas importantes, las cuales radican en una falta de articulación en los esfuerzos de las tres instituciones analizadas, SSA, IMSS e ISSSTE, además, de una clara desarticulación entre las dependencias internas de la SSA, otro de los problemas es una falta de información sobre el seguimiento de los pacientes diagnosticados y, finalmente, una falta de mecanismos de evaluación de las acciones implementadas para revertir y atender a los pacientes diagnosticados. El IMSS, es la única institución que cuenta con registros de seguimiento, además de un programa diseñado para revertir la condición metabólica de sus pacientes, el cual es monitoreado y presenta informes de resultados. Existen grandes fortalezas, sin embargo, estas se encuentran desarticuladas, es necesario generar un marco integral que recoja de manera transversal todos los esfuerzos y a partir de ellos generar evaluaciones.

La política de etiquetado y publicidad, ha mostrado cómo la interacción de los diversos agentes involucrados ha generado que no se logre consolidar una política efectiva para reducir el consumo de alimentos industrializados. Por lo que es necesario que exista una intervención clara del Estado en la relación productor-consumidor, pues de lo contrario el consumo de estos alimentos, el cual es la

principal causa de obesidad, no generará cambios. Por lo que se reconoce que, si el Estado no logra producir un equilibrio, la obesidad como problema atenta contra su capacidad para garantizar el derecho a la salud.

Las políticas de obesidad necesitan presentar resultados en términos reales, los cuales justifiquen la optimización del presupuesto público asignado a los programas. Ya que, desafortunadamente, los resultados de la evaluación en estos once años presentan un panorama que refleja ineficacia, desencadenando en un severo y frecuente incremento en las tasas de prevalencia de sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras comorbilidades. Las cuales son las responsables de los gastos en salud en México, tanto para el Estado como para el paciente.

El capítulo muestra que las políticas públicas de obesidad presentan debilidades en los indicadores establecidos para su evaluación, por lo que no reportan resultados en términos reales, estos son output o dicho en español una serie de acciones que sirven como respuestas gubernamentales, pero que no presentan resultados sustantivos. Además, es evidente que se requiere generar un marco integral de acción, para con ello establecer mecanismos de evaluación, los cuales sirvan para generar acciones transversales que puedan ser medibles y que detecten con mayor precisión problemáticas, con la finalidad de poder modificarlas o eliminarlas.

CONCLUSIONES GENERALES

La obesidad como se ha señalado a lo largo del presente trabajo de investigación es un problema de salud pública. El Estado mexicano ha generado una serie de políticas públicas, estrategias y programas para dar combate a esta problemática. No obstante, las cifras de morbilidad y mortalidad no han logrado mostrar una reducción. Por lo que en esta investigación se analizó el grado de éxito o fracaso en la implementación de las políticas públicas de obesidad, identificando las insuficiencias y recolectando elementos para el planteamiento de un nuevo diseño.

El análisis de los conceptos: Estado, problema de salud pública, agenda pública, política pública, sobrepeso y obesidad. Permite establecer cuál es la relación de responsabilidad del Estado en el momento de generar acciones que respondan a las problemáticas sociales. En donde, las políticas públicas son las respuestas gubernamentales orientadas a dar atención focalizada a una problemática en particular, por tanto, al reconocer que la obesidad es un problema de salud pública el Estado debe generar las acciones necesarias para resolver y atender esta problemática.

La incorporación de la perspectiva jurídica es indispensable para fundamentar la atención en salud y de manera particular para construir las disposiciones legales en el combate a la obesidad. Para ello, es necesario hacer uso de los lineamientos internacionales como los dispuestos por la Organización Mundial de la Salud, principalmente aquellos delimitados en las conferencias sobre alimentación, nutrición y atención primaria. Además, en el momento de crear legislación en salud es esencial hacer un reconocimiento de los derechos humanos, pues a partir de ello, todo aquello que no los contemple, se encuentra propenso a generar su violación. Por esta razón, para garantizar el combate de la obesidad se debe garantizar el derecho a la salud. México ha firmado dos grandes pactos, los cuales son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el protocolo de San Salvador.

La salud en México es un derecho contemplado en el artículo 4to constitucional, por lo cual el Estado tiene la obligación de garantizarlo. Para ello,

coloca como entes garantes a las instituciones en salud con la finalidad de contribuir en su protección, las cuales implementan acciones de atención en salud reguladas bajo leyes específicas, como la Ley General de salud, la ley de Instituciones en Salud, la Ley del IMSS, la ley del ISSSTE. Sin embargo, para el tema de la obesidad de manera particular, solo se cuenta con una disposición, la cual es la norma oficial mexicana NOM-008-SSA3-2013. Por lo que se reconoce la importancia de reforzar el marco jurídico de atención de la obesidad, para con ello favorecer el cumplimiento de las acciones dispuestas para su atención.

El Estado mexicano ha implementado políticas públicas, estrategias y programas en el combate a la obesidad. Ya que reconoce que este problema de salud pública genera altos costos directos e indirectos para el Estado y para el bolsillo individual del paciente. Por lo que ha desarrollado una serie de estrategias tales como: el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD). Estrategias que han determinado las líneas de acción, las cuales se refuerzan con los 10 objetivos prioritarios para una salud alimentaria y los tres pilares de atención: salud pública, atención médica y regulación sanitaria, esta última con sus respectivas líneas de instrumentación.

El problema ha sido atendido desde las políticas de gobierno, las cuales se han descrito en sus Planes Nacionales de Desarrollo y de manera focalizada en sus Programas Sectoriales de Salud. No obstante, no todos los planes han contenido líneas de acción específicas para el combate de la obesidad, ejemplo de ello, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Sin embargo, tras la creación de las dos estrategias marco (ANSA y ENPCSOD), el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en su Programa Sectorial de Salud consolida líneas de acción específicas para instrumentar las disposiciones contenidas en la estrategia ENPCSOD 2013. Finalmente, el actual PROSESA 2019-2024 contiene en el objetivo 5, específicamente, en su estrategia 5.1 las acciones para atender las enfermedades no transmisibles. No obstante, no se menciona de manera individual la atención de la obesidad, por lo cual, aunque se señala la atención de las enfermedades no

transmisibles, esta se encuentra mayormente enfocada en la hipertensión arterial y la diabetes, ambas enfermedades no reversibles, por lo que sigue siendo necesario reforzar la atención de la obesidad, ya que esta si es curable y revertirle, además de que su atención oportuna limita el desarrollo de otras enfermedades.

Los esfuerzos de gobierno para la atención de la obesidad, no deben ser sólo temporales y responder a metas sexenales, estos deben consolidarse como una política de Estado con evaluaciones que vayan más allá de un gobierno en turno. Pues de lo contrario el problema seguirá creciendo y con él, los gastos en salud, las tasas de mortalidad asociada y el incremento de la discapacidad por enfermedad.

Las evaluaciones son indispensables en el momento de considerar si una política pública es eficiente para atender el problema para la que fue diseñada. Los resultados de las evaluaciones de los programas para el combate de la obesidad presentan fortalezas y debilidades en su implementación. Durante estos últimos 10 años, se han desarrollado programas presupuestales, líneas de acción en los programas sectoriales de salud, programas internos implementados por instituciones de salud y políticas de etiquetado y publicidad de alimentos.

Los resultados en general presentan una serie de deficiencias, las cuales se enfocan principalmente en problemas orientados al diseño de indicadores, los cuales impiden medir los resultados en términos reales. No obstante, esta es la deficiencia más externa que presentan los programas, ya que en concreto se determinan tres problemáticas en general, las cuales son: falta de articulación entre los programas, falta de información y falta de mecanismos de evaluación.

La falta de articulación entre los programas se observa al no existir una transversalidad en las acciones, debido a que en el caso de las instituciones estas trabajan con programas internos diferentes, los cuales contienen sus propios mecanismos para construir sus reportes y en algunos casos, cuando existen, sus propios mecanismos de evaluación. Además, la Secretaría de Salud presenta diferencias en el control de la información y el seguimiento de los resultados por parte de sus distintas dependencias, ya que parecen estar aisladas, al desconocer

en términos generales el reporte de los procedimientos de evaluación y resultados de los programas y acciones para el control de la obesidad.

La falta de información, es la siguiente problemática, ya que no todas las instituciones cuentan con registros sobre el seguimiento de los pacientes diagnosticados. Se conoce cuántos casos se reportaron en consulta durante un tiempo determinado, pero no se sabe si estos fueron derivados a un programa para la modificación de su condición metabólica, en el caso de diagnóstico por obesidad. Esta problemática afecta de manera directa en otro tipo de reportes y evaluaciones, como, por ejemplo, en el momento de validar la efectividad de las líneas dispuestas en los programas sectoriales de salud, ya que no se cuenta con información suficiente, oportuna y fiable, para generar evaluaciones por indicador, limitando con ello, el análisis general sobre la capacidad de la política para controlar la obesidad.

La última problemática identificada es la falta de mecanismos de evaluación, esta se encuentra intrínsecamente relacionada con la problemática anterior. Ya que, al no existir registros e información útiles para demostrar el seguimiento de las acciones, es difícil generar evaluaciones y más en términos cuantitativos. Este caso se ejemplifica con los programas preventivos que se generan por la SSA y otras instituciones de salud, ya que se conoce que existen los programas, pero no se conocen los mecanismos de evaluación y los resultados del impacto posterior a la aplicación de dichos programas.

Es evidente que existen grandes problemáticas en las políticas públicas de obesidad. No obstante, también existen una serie de fortalezas, las cuales se encuentran aisladas, pues como se ha mencionado se carece de un marco transversal de acción. Sin embargo, el análisis de este trabajo de investigación permitió su reconocimiento. Las cuales se recolectaron de los programas presupuestales, los programas sectoriales, los programas institucionales y las disposiciones legales.

La combinación de todas estas fortalezas permite proporcionar un marco general de referencia, el cual puede ser de gran utilidad en el momento de diseñar o modificar las políticas públicas de obesidad. Es importante que toda política

pública, parta desde el encuadre internacional tomando en cuenta: los lineamientos de la OMS; la Declaración Universal de Derechos Humanos; los lineamientos en materia de protección del derecho a la salud y los Pactos Internacionales. Además, debe contar con una alineación clara con los recursos jurídicos nacionales como: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y las normas oficiales en salud.

Las políticas públicas deben estar vinculadas con las políticas de Estado y con las políticas de gobierno, para con ello mejorar su efectividad. En el caso de la obesidad estas deben estar asociadas con las estrategias marco: Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria y Estrategia Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso Obesidad y Diabetes, así mismo, deben tener una clara instrumentación en los planes de desarrollo y en los programas sectoriales de salud.

El diseño de estas políticas debe contar con un diagnóstico poblacional previo elaborado a partir de datos concretos extraídos del Sistema Único de Registros de Información en Salud. Estas políticas deben presentar informes de resultados anuales de los logros obtenidos tras su implementación, los cuales, también, contengan los reportes sobre el ejercicio fiscal. Además, se debe incorporar el componente preventivo, como eje fundamental, para con ello fomentar actividades preventivas con enfoques multiculturales, que permitan establecer corresponsabilidad y autocuidado por parte de los pacientes, que, a su vez, contenga un monitoreo sobre la condición metabólica de los participantes y su seguimiento.

Las políticas tienen que tener un claro modelo de evaluación que mida los resultados de prevalencia de obesidad en todos los grupos etarios, resultados que sean apareados con el número de actividades y talleres preventivos, para justificar en términos sustantivos los logros de las políticas. Además, debe existir una capacitación constante de los operadores de la política, para generar en ellos el sentido de responsabilidad en la modificación de la problemática. Todos estos elementos en conjunto y bajo un marco transversal, podrían generar una serie de resultados a partir de los cuales se puedan tomar decisiones inmediatas.

Finalmente, se ha confirmado la hipótesis, la cual establece que las políticas públicas de obesidad implementadas en México a partir de 2010 presentan insuficiencias, por lo que se requiere de un nuevo diseño. Esto se concluye señalando que en materia jurídica es necesario establecer un marco integral y transversal que propicie las evaluaciones de las acciones encaminadas a controlar la problemática que representa la obesidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliografía

- Acuña, P. (2011). *Teoría del Estado*. La Razón Histórica. Aguilar, L.
- (2009). *Marco para el análisis de políticas públicas*. Porrúa.
- (1996). *La Evaluación de las Políticas Públicas. Estudio introductorio y edición*. Porrúa. (Ed. Miguel Ángel Porrúa), (2ª ed.)
- (2010). Introducción a la Política Pública. En L. F. Aguilar, *Política Pública*. Siglo XXI editores.
- Arellano-Gault, D. (2010). El enfoque organizacional en la política y la gestión públicas. En M. Merino y G. Cejudo (Comps.), Problemas, decisiones y soluciones. *Enfoques de política pública*. Fondo de Cultura Económica, CIDE.
- Aristóteles. (1954). *La Política*. Iberia
- Aristóteles. (1985). *Ética a Nicómaco*. Gredos.
- Alzate-Zuluaga, M. & Romo-Morales, G. (2017). La agenda pública en sus teorías y aproximaciones metodológicas. Una clasificación alternativa. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 15 (26), 13-35. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=960/96052974002>
- Bernal, C. (2006). *Normatividad y Argumentación Jurídica*. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM
- Birkland, T. (2010). *An introduction to the policy progress, theories, concepts, and models of public policy making*. (3ª ed.) Mc Graham
- Bobbio, N. (2016). *Teoría General del Derecho*. (5ª ed.) Temis S. A.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2016). *Contexto internacional de la Salud*. CESOP. Recuperado de http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico/9_salud.htm
- Dávila-Torres, et al. (2015) Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(2), 240-9.

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54

Delgado, L. (2009). Las políticas públicas. El ciclo de las políticas públicas. Clases de. En L. Delgado, *Documentación sobre gerencia pública, del Subgrupo A2, Cuerpo Técnico*. La Mancha.

Dirección General de Evaluación del Desempeño.

- (2014). *Marco Conceptual de la DGED*. DEGD. http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/acerca/marco_dged.html
- (2014). *Objetivos*. DGED. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/acerca/objetivos.html>
- (2013). *Evaluación de Desempeño, PROSESA 2007-2012*. DGED. http://www.sidss.salud.gob.mx/contenidos/PDF/PAE_20132018_DGED_3Mar2015_v18.pdf

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

- (2018). *Informe de Avances y Resultados 2018 del programa Sectorial de Salud 2013-2018*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/447986/Informe_de_Avances_y_Resultados_2018_del_programa_Sectorial_de_Salud_2013-2018.PDF
- (2017). *Informe de Avances y Resultados 2018 del programa Sectorial de Salud 2013-2018*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/307228/Avances_Resultados_2017_PROSESA_2013-2018.pdf
- (2021). *Metodología para la construcción de la matriz de indicadores para resultados*. CONEVAL. <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Paginas/monitoreo/metodologia/mml.asp>

Elder, C. y Cobb, R. (1993). Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos. En Aguilar, L. (Ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Porrúa.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

- (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. INSP-ENSANUT. https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp3.pdf
- (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. INSP-ENSANUT. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/otros/ENSANUT2012_Nutricion.pdf
- (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016*. INSP-ENSANUT. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/informes/ENSANUT2016ResultadosNacionales.pdf>
- (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. INSP-ENSANUT. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/informes/ENSANUT2016ResultadosNacionales.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. UNICEF <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

García A. & Creus E. (2016). La obesidad como La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Rev Cubana Med Integral*, 32 (3), (s.p.) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011

García, J. (1989). *Bases pedagógicas de la evaluación*. Guía Práctica para educadores.

Gordillo, A. (1967). Funciones del Estado. En *Derecho administrativo de la economía*. Ediciones Machi.

Guerrero, J. (1995). La evolución de las políticas públicas: enfoques teóricos y realidades en nueve países desarrollados, *Revista Gestión y Política Pública*, 4 (1), 47-115, recuperado de http://mobile.repositorio-digital.cide.edu/bitstream/handle/11651/1820/GAJ_Vol.4_No.1_1sem.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Guerrero, O. (1988). Políticas públicas una resurrección de la ciencia política. *Teoría y praxis administrativa*, 2 (11), 41-44, recuperado de <http://www.omarguerrero.org/articulos/PPresurreccionCP.pdf>

Hermann, H. (1971). *Supuestos históricos del Estado actual* (Vol. 6). FCE.

Hobbes, T. (2010). *El Leviatán*. Tecnos.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *Diagnóstico situacional de atención a la salud 2019*. IMSS. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/evaluaciones/dpm/ppe011/diag/E011-2019-Diagnostico.pdf>

Instituto Mexicano para la Competitividad. (2015). *Kilos de más, pesos de menos: los costos de la obesidad en México*. IMCO A.C. https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

— (2019). *Características de las defunciones registradas en México durante 2018*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

— (2020). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con Discapacidad*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Discapacidad2019_Nal.pdf

Jiménez, J. (2006). El poder soberano. Anales de la cátedra Francisco Suarez. *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Granada*, 16 (40), 79-98, recuperado de <file:///C:/Users/HP/Downloads/882-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1271-1-10-20130605.pdf>

Juárez, F. (2012). *Teoría General del Estado*. Red Tercer Milenio.

Kelsen, H. (1997). *El Estado como integración: Una controversia de Principio*. Tecnos.

Lafourcade, P. (1974). *Planteamiento, conducción y evaluación de la enseñanza superior*. Kepaluz.

Lalonde, M. (1974). *Determinantes sociales de la salud*. (EDITORIAL)
<https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/>

Locke, J. (2010). *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. (5ª ed.). Tecnos.

Mandíes, C. (2017). *Legislación sanitaria internacional*. DELS.
<http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/legislacion-sanitaria-internacional>

Maquiavelo, N. (1998). *El Príncipe*. Espasa Calpe.

Mariano, H., Ramos, M. y Fernández. A. (2001) *Salud y juventud*. Consejo de la juventud de España.

Marx, C. (2000). *El capital*. Fondo de Cultura Económica.

Meza, R. et al. (2015). Burden of type 2 diabetes in Mexico: past, current and future prevalence and incidence rates. *Preventive Medicine*. 81: 445-450.

Montesquieu. (2018). *El espíritu de las Leyes*. (20ª ed.). Porrúa.

Mussini, M. y Temporelli L. (2013) Obesidad: un desafío para las políticas públicas. *Estudios sociales*, 21(41),. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100007

Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud. (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. OPS/OMS.

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Informe de la Declaración Universal de Derechos Humanos*. ONU
https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Organización de los Estados Americanos. (1998). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"*. OEA
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

Organización Mundial de la Salud.

— (2017, 1 de junio). *10 datos sobre los cuidados paliativos*. OMS
<https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>

- (2018, 16 de febrero). *Obesidad y Sobrepeso*. WHO web. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- (2020, 1 de junio). *Epidemiología*. Recuperado de WHO web: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/#:~:text=La%20epidemiolog%C3%ADa%20es%20el%20estudio,y%20otros%20problemas%20de%20salud>.
- (2020, 23 de julio). *Conferencias mundiales de promoción de la salud de la OMS*. WHO. Recuperado de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
- (2020, 28 de agosto). *La cooperación de la OMS con los países*. Recuperado de WHO web: <https://www.who.int/country-cooperation/es/>

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

OMS. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Atta*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

OMS. (1988). *Políticas a favor de la salud. Segunda conferencia internacional de promoción de salud Adelaida*. <http://portal.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wpcontent/uploads/2013/08/Segunda-Adelaida.pdf>

OMS. (1991). *“Entornos propicios para la salud”*. Tercera conferencia internacional sobre promoción de la salud Sundsvall. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10208/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf

Paniagua, R. (2013). *¿Qué es un problema de salud pública?* Universidad de Antioquia.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. (2007).
<http://www.paot.org.mx/centro/programas/federal/07/pnd07-12.pdf>

Prosalus y Cruz Roja Española. (2014). *Comprendiendo el derecho Humano a la Salud.* Cruz Roja Española
http://bibliotecadigital.aecid.es/bibliodig/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1006141

Ramírez, J. (2000). Derecho Constitucional Sinaloense. En J. Ramírez, *Teoría del Estado* (pp. 48-49). Universidad Autónoma de Sinaloa.
<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1461/5.pdf>

Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la lengua española.* Recuperado de <https://dle.rae.es/abstraer>

Revuelta, B. (2007). La implementación de las políticas públicas. *Dikaion*, 21 (16), 135-156. Recuperado de http://www2.uca.edu.sv/mcp/media/archivo/4a7899_laimplementaciondepoliticaspUBLICASrevueltabarquero.pdf

Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F. y Murayama, C. (2012). *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado.* UNAM.
<https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

Rodrigo-Cano S., Soriano del Castillo J. M., Merino-Torres J. F. (2017). Causas y tratamiento de la obesidad. *Nutrición clínica y dieta hospitalaria*, 37(4), 87-92.

Romero, A (2011). Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. *Med Int Mex*, 27(5), 455-462.

Rosales, C. (1990). *Evaluar es reflexionar sobre la enseñanza.* Narcea.

Rousseau, J. (1986). *El Contrato Social o Principios de Derecho Político.* Porrúa.

Ruiz-López D., Cadenas-Ayala C. E. (2005) ¿Qué es una política pública? *IUS Revista Jurídica*, 15 (27), recuperado de: <https://ti.unla.edu.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm>

Sánchez, D. y Mateu, A. (2015). Poder y Estado: legitimidad y gobierno. Andaluz, M. (Ed.). *Filosofía*. Anaya. (p. 251).

Secretaría de Salud.

- (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno Federal.
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/zEstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>
- (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Programa de Acción en el Contexto Escolar*. SSA.
http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/programadeaccion_sept.pdf
- (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: Programa Sectorial de Salud*. IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno de la República.
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno de la República.
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>
- (2018). *Reglamento Interno de la Secretaría de Salud*. SSA.
https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/REGLAMENTO_INTERIOR_SSA_2018.pdf
- (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024: Programa Sectorial de Salud*. http://saludsinaloa.gob.mx/wp-content/uploads/2019/transparencia/PROGRAM_SECTORIAL_DE_SALUD_2019_2024.pdf
- (2017). *Manual de Organización Específico de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*. SSA.

<http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2017/MOE-SPPS.pdf>

— (2018). *Estadística de metas. Programa Sectorial 2013-2018*. SSA
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/543739/Cuadro_Nacional_PROSESA_2013-2018.pdf

Stern, D., Tolentino, L. y Barquera, S. (2011). *Revisión del etiquetado frontal: análisis de las Guías Diarias de Alimentación (GDA) y su comprensión por estudiantes de nutrición en México*. INSP.

Torres, F. y Rojas, A. (2018) Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Prob Des*, 49 (193), 145-169, Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030170362018000200145

Weber, M. (1979). *La política, el político y el científico*. (5^a ed.). Alianza.

Hemerografía

Ariadna, O. (2019, 7 de noviembre). Diabetes y obesidad, el desafío del sistema de salud en México: OCDE. *Expansión Política*.
<https://politica.expansion.mx/mexico/2019/11/07/diabetes-y-obesidad-el-desafio-del-sistema-de-salud-en-mexico-ocde>

Cruz, A. (2007). Inútiles, etiquetas sobre contenido de los alimentos procesados: SSA. *La jornada*.
<https://www.jornada.com.mx/2008/12/17/index.php?section=sociedad&article=043n1soc>

Douglas, A. (2014, 7 de agosto). Políticas públicas como instrumento de intervención desde el estado y el gobierno en Guatemala. *Analistas independientes*.
<http://www.analistasindependientes.org/2014/08/politicas-publicas-como-instrumento.html>

Malina, R. (1995). Antropometría. *El journal publice*, Vol.0, recuperado de <https://g-se.com/antropometria-718-sa-A57cfb2717a7cc>

Miguel, P. & Niño, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *ACIMED*, 20(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000006

Navarro, M. (2020) El sobrepeso y la obesidad cuestan 5.3% del PIB a México: OCDE. *Forbes México*. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/el-sobrepeso-y-la-obesidad-cuestan-5-3-del-pib-a-mexico-ocde/>

Derecho Positivo

Legislación

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917) Artículo 4°, México. Consultado el 20 de septiembre del 2020, obtenido de <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>

Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, (2012). Art. 40, Diario Oficial de la Federación. 30/11/2012

Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, (2018). Art. 49, Diario Oficial de la Federación. 25/06/2018

Ley General de Salud (1984) Diario Oficial de la Federación Consultado el 18 de octubre de 2020, obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2007) Diario Oficial de la Federación Consultado el 18 de octubre de 2020, obtenido de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_040619.pdf

La Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes (2000) Diario Oficial de la Federación, Consultado el 18 de octubre de 2020, obtenido de: https://www.ipn.mx/assets/files/defensoria/docs/Normatividad%20nacional/21_Ley-para-laProteccion-de-los-Derechos-de-Ninas-Ninos-yAdolescentes.pdf

Ley de los derechos de las Personas Adultas Mayores (2002) Diario Oficial de la Federación Consultado el 18 de octubre de 2020, obtenido de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_200521.pdf

Ley de los Institutos Nacionales de Salud (2000) Diario Oficial de la Federación Consultado el 18 de octubre de 2020, obtenido de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51_291119.pdf

Ley del Seguro Social (1995) Diario Oficial de la Federación Consultado el 18 de octubre de 2020, obtenido de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad (2011) Diario Oficial de la Federación Consultado el 18 de octubre de 2020, obtenido de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_120718.pdf

NOM-008-SSA2-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Diario Oficial de la Federación, México, 18 de mayo del 2018. Recuperado:

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018

NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria. Diario Oficial de la Federación, México, Recuperado: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>

NOM-030-SSA2-1999. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Diario Oficial de la Federación, México, 13 de julio del 2012. Recuperado: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642

NOM-037-SSA2-2012. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Diario Oficial de la Federación, México, 13 de julio del 2012. Recuperado:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de información Secretaría de Salud



Plataforma Nacional de Transparencia



15/02/2021 12:58:43 AM

Solicitud de Información

Número de Folio	0001200117621
Datos PNT:	
Usuario	PNT_8391693
Solicitante:	
Nombre o Razón Social	CAROLINA FERNÁNDEZ OROPEZA
Representante:	
Domicilio:	Calle , No. Colonia _ C.P. 00000, , México
Unidad de enlace:	
Dependencia o entidad:	SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

"Este acuse contiene sus datos personales por lo que deberá resguardarse en un lugar seguro para evitar su difusión y el uso no autorizado por usted."

Para efecto del cómputo del plazo establecido en el artículo 132 (en el caso de solicitudes de acceso a la información pública) y 24 (para las solicitudes de acceso a datos personales) de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública se ha recibido su solicitud con fecha 15 de febrero de 2021.

Al haber enviado su solicitud por medio electrónico, acepta que las notificaciones y resoluciones que se formulen en atención a la misma, se pondrán a su disposición en los plazos establecidos en la Ley referida, en esta página, misma que se obliga a consultar para dar seguimiento a su solicitud. En el caso de acceso a datos personales se expedirán copias simples o certificadas. La entrega de éstos se hará en el domicilio de la Unidad de Transparencia del solicitante mediante correo certificado con notificación.

El seguimiento a su solicitud podrá realizarlo, mediante el número de folio que se indica en este acuse, en la página de internet con dirección:

<https://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Si por alguna falla técnica del sistema, no pudiera abrir las notificaciones y resoluciones que se pongan a su disposición en esta página, deberá informarlo a la unidad de transparencia de la dependencia o entidad a la que solicitó información en un plazo de 5 días hábiles, a fin de que se le notifique por otro medio.

Plazo de respuesta a la solicitud de acceso a información pública:

Conforme se establece en los artículos 132 y 136 de la Ley referida, los tiempos de respuesta o posibles notificaciones referentes a su solicitud, son los siguientes:

Respuesta a la solicitud, indicando la forma y medio en que se pondrá a su disposición la información, así como en su caso, el costo:	20 días hábiles	(15/03/2021)
Notificación en caso de que la información solicitada no sea de competencia de la dependencia o entidad:	3 días hábiles	(18/02/2021)
Requerimiento para proporcionar elementos adicionales o corregir información que permitan localizar la información solicitada:	5 días hábiles	(22/02/2021)
Notificación de ampliación de plazo para dar atención a la solicitud:	20 días hábiles	(15/03/2021)
Respuesta a la solicitud, en caso de que haya recibido notificación de ampliación de plazo:	30 días hábiles	(29/03/2021)
Acceso o envío de información una vez que indique el medio y forma de entrega y de tener costo, una vez efectuado el pago:	30 días hábiles	

Conforme se establece en el artículo 24 la Ley referida, los tiempos de respuesta o posibles notificaciones referentes a su solicitud de acceso a datos personales, son los siguientes:

Respuesta a la solicitud, indicando la forma y medio en que se pondrá a su disposición los datos personales, así como en su caso, el costo:	20 días hábiles	(15/03/2021)
Requerimiento para proporcionar elementos adicionales o corregir información que permitan localizar los datos solicitados: 3	10 días hábiles	(15/03/2021)
Acceso o envío de información una vez que indique el medio y forma de entrega, y de tener costo, una vez efectuado el pago: 5		10 días hábiles

1. Las solicitudes recibidas después de las 18:00 horas de un día hábil o en un día inhábil, se dan por recibidas al día hábil siguiente.
2. La solicitud deberá enviarse a la unidad de transparencia competente, reiniciándose el proceso de solicitud y los plazos de respuesta.
3. Este requerimiento interrumpirá el plazo de respuesta.
4. El solicitante deberá acreditar su identidad para recibir los datos personales con credencial de elector, cartilla del servicio militar, cédula profesional o pasaporte. La entrega de dichos datos se hará en la Unidad de Transparencia (si decide recogerlos personalmente) o le serán enviados por medio de correo certificado con notificación. Si desea nombrar a un representante legal para que reciba sus datos, dicho representante deberá acudir directamente a la Unidad de Transparencia para acreditar tal representación y recibir los datos personales.
5. La reproducción de los datos personales solicitados, únicamente podrá ser en copias simples (sin costo) o en copias certificadas (con costo). En caso de que usted haya realizado una nueva solicitud respecto del mismo sistema de datos personales en un periodo menor a doce meses a partir de la última solicitud, las copias simples generarán un costo.



Plataforma Nacional de Transparencia



15/02/2021 12:58:43 AM

Solicitud de Información

Número de Folio 0001200117621

Descripción de la solicitud:

Datos del solicitante

Nombre:	CAROLINA
Primer Apellido:	FERNÁNDEZ
Segundo Apellido:	OROPEZA

Domicilio (para recibir notificaciones)

Calle:	
Número Exterior:	
Número Interior:	
Colonia:	
Entidad Federativa:	
Delegación o Municipio:	
Código Postal:	00000
Teléfono:	0
Correo electrónico:	vrayesuarikarol@gmail.com

Datos adicionales del solicitante para fines estadísticos:

Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	01/01/2021
Ocupación:	
Otra Ocupación:	
Nivel Educativo:	
Otro Nivel Educativo:	
Derecho de Acceso:	
Otro Derecho de Acceso:	
Lengua Indígena:	
Entidad:	
Municipio o Localidad:	
Medio Recepción:	Correo electrónico - vrayesuarikarol@gmail.com
Formato de Acceso:	
Pueblo Indígena:	0
Nacionalidad:	
Medidas de Accesibilidad:	

Solicitud de información a

Dependencia o entidad:

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

Modalidad en la que se prefiere se le otorgue acceso a la información, de estar disponible en dicho medio

Modalidad de entrega:

Entrega por Internet en la PNT

Descripción clara de la solicitud de información:

- 1.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 2.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 3.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 4.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 5.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 6.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 7.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 8.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 9.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?

Otros datos para su localización:

Archivo de la descripción recibido con código:

0001200117621.docx

Autenticidad de la información:

ed9e9f9435c5ceb02e2211ba2afa6a

Autenticidad del acuse

b0490ada5ff7ba7752ad2b1c0af13d28

Autenticidad del archivo:

a115e0ca084288d49d1d92d863bd0d41

Se recomienda conservar el presente acuse para fines informativos y aclaraciones.

Anexo 2. Respuesta Dirección General de Información en Salud



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Información en Salud

Ciudad de México, a 26 de marzo de 2021
Oficio No. SPPS-DGIS-0363-2021
Asunto:Solicitud de información

Unidad de Transparencia
Oficina de la Abogada General
Marina Nacional No. 60, Planta Baja, Colonia Tacuba,
Alcaldía Miguel Hidalgo, CP. 11410, Ciudad de México.
P r e s e n t e

Con referencia al oficio número OAG-UT-CORREO-1194-2021 enviado por correo electrónico, a través del cual se señala haber recibido en el Sistema Integral de Solicitudes de Información (INFOMEX), la solicitud de acceso a la información pública con número de folio **0001200117521**, que a la letra se señala:

"Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretaria de Salud Federal

Estimado Secretario de Salud

Reciba un cordial saludo. Por medio de la presente y de conformidad con el artículo 6º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece que " Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna", y a los lineamientos establecidos en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, hago solicitud formal de la siguiente información:

- 1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?*
 - 2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso y obesidad?*
 - 3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?*
 - 4.- ¿La SSA Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.*
 - 5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?*
 - 6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas públicas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?*
 - 7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?, describir los resultados debidamente alineados con los indicadores.*
- La secretaria de salud al ser la institución rectora de la salud en México, debe contar con los datos de la atención médica privada, por ello solicito la siguiente información:*
- 8.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en los servicios de atención médica privada, en el periodo que comprende 2010 a 2021?*



9.- ¿Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado, en los servicios de atención médica privada?

10.- De contar con un registro, ¿Cuáles son las acciones que la SSA le solicita realizar a los servicios de atención médica privada para dar seguimiento y control de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad?

Tras el surgimiento del nuevo virus SARS-COV-2 y la expansión de la epidemia de COVID-19, hago solicitud de la siguiente pregunta:

11.- ¿Cuál es el número de personas fallecidas por las complicaciones del virus SARS-COV-2, que presentaban diagnóstico previo de enfermedades no transmisibles, específicamente sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, se requerirá la cifra detallada por enfermedad.

Es necesario que la información solicitada se encuentre correctamente especificada, para no caer en ningún tipo de confusión.

De ser posible solicito que la información se me haga llegar de manera digital a la siguiente cuenta de correo electrónico [REDACTED] de existir algún problema con esta cuenta, proporciono una segunda [REDACTED] además, agrego mi número telefónico el cual es [REDACTED] en el puedo recibir llamadas, mensajes, o recados vía WhatsApp.

Si llegara a existir alguna duda o pregunta con respecto a la presente solicitud, puede contactarme, ya sea por alguno de los dos correos proporcionados o por medio del número telefónico.

Sin otro particular, quedo a la espera de su respuesta y de antemano agradezco su compromiso.

Atentamente

[REDACTED] " [Sic].

Motivo por el cual solicita a esta Dirección General de Información en Salud (DGIS) en su ámbito de competencia proporcione la información relacionada con dicha petición.

Al respecto, con fundamento en los artículos 6 inciso A), 80 y 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 130 y 132 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 2 y 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se comunica lo siguiente:

Respecto a la pregunta "1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?" y "8.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticadas con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en los servicios de atención médica privada, en el periodo que comprende 2010 a 2021?" se comunica que la DGIS cuenta con el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), el cual integra información de los egresos hospitalarios por tipo de afección, mismos que se ponen a disposición del peticionario en formato de datos abiertos a través del siguiente enlace electrónico:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html

En dicho apartado, el peticionario encontrará información sobre Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud del periodo 2010 a 2019 por entidad federativa, municipio, localidad y entre otras variables se encuentran: "Sexo", "Edad", "CLUES" que corresponde a la identificación de la unidad médica (incluye su catálogo CATCLUES), "Derechohabiciencia" que identifica a la



institución de seguridad a la que se encuentra afiliado el paciente y la variable "Afección Principal", la cual registra la causa básica del egreso hospitalario de acuerdo a los códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), ya que de conformidad con el artículo 24, fracción VII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud así como la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la DGIS únicamente registra los egresos hospitalarios de acuerdo con dicha clasificación internacional.

Para obtener el número de egresos hospitalarios a causa de las afecciones que refiere, deberá filtrar la variable "edad" y seleccionar en la variable "AFECPRINA" los siguientes códigos:

Variable	Descripción
F65-E68	Obesidad y otros tipos de hiperalimentación
E10-E14	Diabetes mellitus
I0X	Hipertensión Arterial
E78	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias

Se sugiere descargar desde el enlace electrónico antes señalado, el "Descriptor de Variables" a fin de poder explotar con mayor facilidad toda la información contenida en Datos Abiertos.

Por otra parte, se comunica que la información del SAEH también se cuenta en formato de cubos dinámicos del periodo 2000 a 2019 con cifras definitivas y **2020 y 2021 con cifras preliminares**, los cuales se proporcionan a través del siguiente enlace electrónico:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

Asimismo, se pone a su disposición el Manual de Usuarios de Cubos Dinámicos 2020, donde se exponen los pasos seguir para la instalación de la herramienta, así como de la explotación de la misma, reiterando que al momento de realizar la consulta por las afecciones que refiere deberá filtrar el código proporcionado para datos abiertos:

http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/cubos/Manual_Usuario_Cubos_20200528.pdf

Por lo que hace a las preguntas "2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso y obesidad?", "3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?", "4.- ¿La SSA Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.", "5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?", "6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas públicas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?", "7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?, describir los resultados debidamente alineados con los indicadores.", "9.- ¿Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado, en los servicios de atención médica



privada?" y "10.- De contar con un registro, ¿Cuáles son las acciones que la SSA le solicita realizar a los servicios de atención médica privada para dar seguimiento y control de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad?" Se comunica que, en el ámbito de las atribuciones y facultades de la DGIS, no se capta y/o genera información de "estrategias", "registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad" y "bolígrafos", así como sus "resultados" y "acciones", motivo por el cual no es posible proporcionar la información requerida.

Respecto a "Tras el surgimiento del nuevo virus SARS-COV-2 y la expansión de la epidemia de COVID-19, hago solicitud de la siguiente pregunta:

11.- ¿Cuál es el número de personas fallecidas por las complicaciones del virus SARS-COV-2, que presentaban diagnóstico previo de enfermedades no transmisibles, específicamente sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, se requerirá la cifra detallada por enfermedad." Se comunica que la DGIS cuenta con información de defunciones en formato de datos abiertos, la cual es una réplica de la base de datos que anualmente publica el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), ya que de conformidad con el artículo 6, 46 y 78 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica y el numeral Segundo del Acuerdo por el que se determina información de interés Nacional al Proyecto de generación de estadística básica denominado Estadísticas de Defunciones Registradas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 09 de julio de 2014, **es la instancia encargada de emitir la información oficial de defunciones.**

Aunado a lo anterior, dicha base únicamente cuenta con la causa básica de la defunción, la cual se registra de acuerdo a los códigos de la CIE-10, sin que se desagregue por las enfermedades o afecciones previas, motivo por el cual no es posible proporcionar la información requerida.

Se aclara que en términos del numeral 7.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM 035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la DGIS publica la información de defunciones genera es al año siguiente al que corresponde la información y una vez que el INEGI publica su base de datos, ya que es la fuente oficial de publicar la información de defunciones; por lo que se invoca el criterio 7/17 emitido por el INAI, en razón de que la información de 2020 se publicará en el último trimestre de 2021 y a de éste año en 2022, motivo por el cual no es posible proporcionar la información.

Por otra parte, se invoca el criterio 03/17 emitido por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en razón de que ésta Dirección General no está obligada a elaborar documentos ad hoc, tal como se señala a continuación:

"No existe obligación de elaborar documentos ad hoc para atender las solicitudes de acceso a la información. Los artículos 129 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 130, párrafo cuarto, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, señalan que los sujetos obligados deberán otorgar acceso a los documentos que se encuentren en sus archivos o que estén obligados a documentar, de acuerdo con sus facultades, competencias o funciones, conforme a las características físicas de la información o del lugar donde se encuentre. Por lo anterior, los sujetos obligados deben garantizar el derecho de acceso a la información del particular, proporcionando la información con la que cuentan en el formato en que la misma obre en sus archivos; sin necesidad de elaborar documentos ad hoc para atender las solicitudes de información".

En ese sentido, en términos del criterio 3/13 emitido por el INAI, se otorga el acceso a las bases de datos con los formatos que la DGIS tiene disponibles:



"Bases de datos. Deberá otorgarse acceso a las mismas, en el formato en el que obren en los archivos de los sujetos obligados, a fin de garantizar la libre explotación, manipulación y reutilización de la información que contienen. Uno de los objetivos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, previsto en el artículo 4, fracción I, es garantizar el acceso a la información en posesión de los sujetos obligados. En este sentido, al amparo de la Ley es posible solicitar acceso a la información contenida en documentos, en el sentido más amplio del término, en el formato en el que se encuentren en los archivos de las dependencias y entidades, el cual puede ser escrito, impreso, sonoro, visual, electrónico, informático u holográfico, de conformidad con lo dispuesto en las fracciones III y V del artículo 3 de la Ley. En este contexto y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 42 de dicho ordenamiento legal que establece que las dependencias y entidades están obligadas a proporcionar la información que se encuentra en sus archivos, en la forma en que lo permita el documento de que se trate, ante solicitudes de acceso en las que se requieran bases de datos, o información pública contenida en éstas, deberá otorgarse acceso a las mismas, por tratarse de documentos en archivo electrónico a partir de los cuales se recoge, genera, transforma o conserva información de los sujetos obligados. La entrega de dicha información no constituye la elaboración de un documento ad hoc, ni resulta una carga para las autoridades, pues consiste, simplemente, en poner a disposición de los particulares las bases de datos, o el repositorio de las mismas, en el formato en el que obran en sus archivos, garantizando a los solicitantes la libre explotación, manipulación y reutilización de la información gubernamental."

Lo anterior, con la finalidad de que esa Unidad de Transparencia pueda dar oportuna respuesta a la solicitud en comento.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

**Mtra. Daniela Angélica Fernández Gallegos
Directora de Coordinación, Normatividad y Difusión**

Firma en sustitución del Dr. Dwight Daniel Oyer Leal, Titular de la Dirección General de Información en Salud, con fundamento en el Artículo 56 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 12 de enero de 2004. Última reforma publicada DOF 07/07/2018.

Firma

Sección/Serie 1206

Lic. Marian Selazo Carricho Muñoz
Subdirectora de Integración y Difusión de la Información



De: Daniela Angélica Fernández Gallegos [mailto:daniela.fernandezg@salud.gob.mx]
Enviado el: lunes, 05 de abril de 2021 07:00 p.m.
Para: Laura Ivette Blancas Ríos <laura.blancas@salud.gob.mx>; Marian Selene Camacho Muñoz <marian.camacho@salud.gob.mx>
CC: Unidad de Enlace <unidadenlace@salud.gob.mx>
Asunto: RE: RE-TURNO SOLICITUD DE INFORMACIÓN 0001200117521

Buen día

En atención a la solicitud de información turnada a la Dirección General de Información en Salud, adjunto al presente encontrará la respuesta que se estará remitiendo a esa Unidad de Enlace.

Lo anterior, reiterando el correo electrónico enviado el pasado 19 de agosto de 2020 al Lic. Héctor Aaron Borja Ruiz, el cual se adjunta al presente para pronta referencia.

Sin más por el momento, saludos cordiales.



Mtra. Daniela A. Fernández Gallegos
Directora de Coordinación,
Normatividad y Difusión

Plaza Nacional N. 160 Intero U. de Llaneta
Ciudad de México, Distrito Federal, México
Teléfono: (55) 5622 2500 ext. 2525

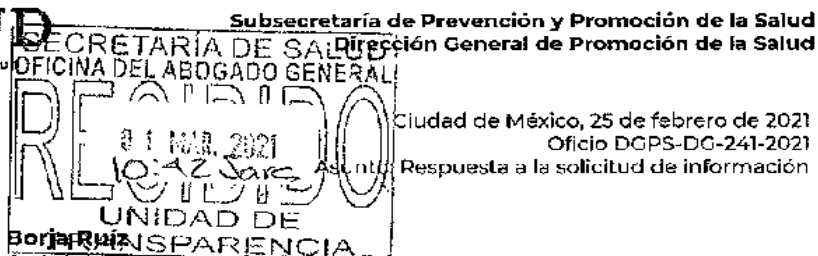
Correo electrónico: daniela.fernandezg@salud.gob.mx
www.salud.gob.mx



Anexo 3. Respuesta 1 Dirección General de Promoción de la Salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Lic. Héctor Aaron Borja Ruiz
Director de la Unidad de Transparencia de la Oficina
de la Abogada General de la Secretaría de Salud
Marina Nacional Núm. 60, Planta Baja, Colonia Tacuba,
Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11410.
Presente

En atención al oficio OAG-UT-CORREO-1194-2021 que hace referencia a la solicitud de información número 0001200117521 planteada en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y que a la letra dice:

- 1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?
 - 2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso y obesidad?
 - 3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?
 - 4.- ¿La SSA cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.
 - 5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?
 - 6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas públicas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?
 - 7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?, describir los resultados debidamente alineados con los indicadores.
- La secretaría de salud al ser la institución rectora de la salud en México, debe contar con los datos de la atención médica privada, por ello solicito la siguiente información
- 8.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en los servicios de atención médica privada, en el periodo que comprende 2010 a 2021?
 - 9.- ¿Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado, en los servicios de atención médica privada?
 - 10.- De contar con un registro, ¿cuáles son las acciones que la SSA le solicita realizar a los servicios de atención médica privada para dar seguimiento y control de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad?
- Tras el surgimiento del nuevo virus SARS-COV-2 y la expansión de la epidemia de COVID-19, hago solicitud de la siguiente pregunta
- 11.- ¿Cuál es el número de personas fallecidas por las complicaciones del virus SARS-COV-2, que presentaban diagnóstico previo de enfermedades no transmisibles, específicamente sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, se requerirá la cifra detallada por enfermedad." (Sic)

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 13, 15, 130, párrafo cuarto, 132 y 133 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se informa que esta Unidad Administrativa realizó la búsqueda exhaustiva y minuciosa de la información en los archivos de expresión documental y electrónica que obran en las áreas responsables de la Dirección General de Promoción de la Salud de conformidad con lo establecido en el Manual de Organización, por lo que a continuación se da respuesta en los términos siguientes:

- 1.- **¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la Secretaría de Salud con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?**

Marina Nacional No. 60 – Piso 11, Col. Tacuba, CP. 11410, Miguel Hidalgo, CDMX | Tel: (55) 2000.3400 | Ext.53092
www.rfb.mex.salud.gob.mx





La Dirección General de Promoción de la Salud toma como referencia del número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipos, hipertensión arterial; las prevalencias reportadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición², y que en su última edición oficial 2018, presentó los siguientes datos:

Porcentaje de población de 0 a 4 años con riesgo de sobrepeso y sobrepeso, por tipo de localidad. ENSANUT 2018.

Tipo de localidad	Riesgo de sobrepeso	Sobrepeso
Urbana	22.4%	8.4%
Rural	21.4%	7.8%

Porcentaje de población de 5 a 11 años con sobrepeso y obesidad, por tipo de localidad. 2018.

Tipo de localidad	Sobrepeso	Obesidad
Urbana	18.4%	19.5%
Rural	17.4%	12.3%

Porcentaje de población de 12 a 19 años con sobrepeso y obesidad, por tipo de localidad. 2018.

Tipo de localidad	Sobrepeso	Obesidad	Sb + Ob
Urbana	24.7%	15.0%	39.7%
Rural	21.0%	13.6%	34.6%

Porcentaje de población de 12 a 19 años con sobrepeso y obesidad, por sexo. 2018.

	Sobrepeso	Obesidad	Sb+Ob
Mujeres	27.0%	14.1%	41.1%
Hombres	20.7%	15.1%	35.8%

Porcentaje de población de 20 años y más de edad con sobrepeso y obesidad por sexo. 2018.

	Sobrepeso	Obesidad	Sb+Ob
Mujeres	36.6%	40.2%	76.8%
Hombres	42.5%	30.5%	73.0%

Diabetes en población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes, por sexo (2018)

Total	Mujeres	Hombres
10.3%	11.4%	9.1%
8.6 millones de personas		

¹ <https://www.gob.mx/salud/documentos/direccion-general-de-promocion-de-la-salud>

² Shamah-Levy T, Véliz-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojca-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Sotelo-García A, Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020.





Hipertensión en población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de hipertensión, por sexo (2018)

Total	Mujeres	Hombres
18.4% 15.2 millones de personas	20.9%	15.3%

Colesterol y triglicéridos en población mayor de 20 y más años, 2018

Medición de colesterol y triglicéridos	Total	Mujeres	Hombres
Sí, normal	32.7%	34.8%	30.3%
Sí, alto	19.5%	21.0%	17.7%
No	47.7%	44.2%	52.0%

2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la Secretaría con sobrepeso y obesidad?

La Dirección General de Promoción de la Salud implementa estrategias de educación para la salud a fin de lograr estilos de vida saludables en toda la población mexicana, de todos los grupos de edad, en donde se considera aquella población que presenta exceso de peso por sobrepeso y obesidad, tales como:

- Impulsar la medición de los principales determinantes de la salud que inciden en el panorama epidemiológico de la población mexicana y dificultan el logro de estilos de vida y entornos saludables.
- Desarrollar competencias en la población mexicana para lograr estilos de vida saludable a través de herramientas innovadoras en salud que permitan la incorporación de conocimientos, habilidades y actitudes para el autocuidado de su salud.
- Impulsar la construcción de entornos clave saludables para que la población pueda ejercer un estilo de vida saludable.

3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la Secretaría de Salud con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecan diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?

La Dirección General de Promoción de la Salud implementa estrategias de educación para la salud a fin de lograr estilos de vida saludables en toda la población mexicana, de todos los grupos de edad, en donde se considera aquella población que presenta problemas de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemias, tales como:

- Impulsar la medición de los principales determinantes de la salud que inciden en el panorama epidemiológico de la población mexicana y dificultan el logro de estilos de vida y entornos saludables.
- Desarrollar competencias en la población mexicana para lograr estilos de vida saludable a través de herramientas innovadoras en salud que permitan la incorporación de conocimientos, habilidades y actitudes para el autocuidado de su salud.
- Impulsar la construcción de entornos clave saludables para que la población pueda ejercer un estilo de vida saludable.





4.- ¿La Secretaría de Salud cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.

La Dirección General de Promoción de la Salud no genera ni posee la información solicitada, toda vez que no cuenta con datos registrados de pacientes diagnósticos con sobrepeso y obesidad, dicha información es concentrada por la Dirección General de Información en Salud y la Dirección General de Epidemiología a través de sus Anuarios de Morbilidad, mismos que pueden ser consultados en la página oficial de internet disponible en:

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-epidemiologica>

5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la Secretaría de Salud para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?

La Dirección General de Promoción de la Salud en coordinación con otras unidades responsables, ha implementado las siguientes políticas públicas para las acciones de promoción y educación para la salud en el marco de la atención del sobrepeso y la obesidad.

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. 2010
- Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes. 2013-2018

6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas públicas implementadas por la Secretaría de Salud para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010, no contó con mediciones que permitieran valorar la efectividad de esta política pública, toda vez que el acuerdo careció de un marco jurídico que garantizara la puesta en marcha de las acciones planteadas. Así mismo, careció de una definición de mecanismos de coordinación para asegurar la implementación de las acciones a realizar por los sectores e instituciones de los distintos órdenes de gobierno y por parte de la industria. Faltó establecer metas, plazos e indicadores de proceso y resultado para todos los actores involucrados, lo que mermó la operación de los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas de los compromisos suscritos, algo que limitó la obtención de evidencia de los avances alcanzados. Lo anterior fue expuesto en el documento técnico de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.³

Por su parte la política pública de la Estrategia Nacional llevó a cabo su medición de metas e indicadores a través del Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT)⁴, el cual comparó transversalmente a las 32 entidades federativas en torno a 73 indicadores para evaluar los factores relacionados a la causalidad de la obesidad, la diabetes e hipertensión.

7.- ¿Cuáles son los resultados obtenidos de las políticas implementadas por la Secretaría de Salud para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?, describir los resultados debidamente alineados con los indicadores.

Los indicadores que fueron evaluados por el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles, se encuentran desagregados por entidad federativa a través de gráficas comparativas, anexos metodológicos, reporte de resultados y bases de datos de manera dinámica que pueden ser consultados en la siguiente liga electrónica:

<http://oment.salud.gob.mx/indicadores/>

³ <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>

⁴ <http://oment.salud.gob.mx/>





8.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en los servicios de atención médica privada, en el período que comprende 2010 a 2021?

La Dirección General de Promoción de la Salud no genera ni posee la información solicitada por el peticionario, toda vez que no cuenta entre sus atribuciones, de acuerdo con lo establecido por el artículo 28 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la medición de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipos, hipertensión arterial y dislipidemias y en virtud de que se toma como referencia los datos presentados en las Encuestas Nacional de Salud y Nutrición en los periodos respectivos publicados.

9.- ¿Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado, en los servicios de atención médica privada?

La Dirección General de Promoción de la Salud no genera ni posee la información solicitada por el peticionario, toda vez que no cuenta entre sus atribuciones, de acuerdo con lo establecido por el artículo 28 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la medición de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipos, hipertensión arterial y dislipidemias, toda vez que toma como referencia los datos presentados en las Encuestas Nacional de Salud y Nutrición en los periodos respectivos publicados.

10.- De contar con un registro, ¿Cuáles son las acciones que la Secretaría de Salud le solicita realizar a los servicios de atención médica privada para dar seguimiento y control de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad?

La Dirección General de Promoción de la Salud no genera ni posee la información solicitada por el peticionario, toda vez que no cuenta entre sus atribuciones, de acuerdo con lo establecido por el artículo 28 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la medición de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipos, hipertensión arterial y dislipidemias, toda vez que toma como referencia los datos presentados en las Encuestas Nacional de Salud y Nutrición en los periodos respectivos publicados.

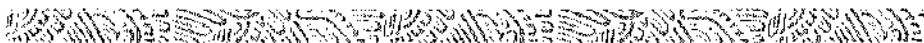
11.- ¿Cuál es el número de personas fallecidas por las complicaciones del virus SARS-COV-2, que presentaban diagnóstico previo de enfermedades no transmisibles, específicamente sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, se requerirá la cifra detallada por enfermedad.

La Dirección General de Promoción de la Salud no genera ni posee la información solicitada por el peticionario, toda vez que no cuenta entre sus atribuciones, de acuerdo con lo establecido por el artículo 28 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la medición de personas fallecidas por complicaciones del virus SARS-COV-2 diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipos, hipertensión arterial y dislipidemias, toda vez que dicha información tiene un seguimiento epidemiológico a través de la Dirección General de Epidemiología, publicado en la página oficial:

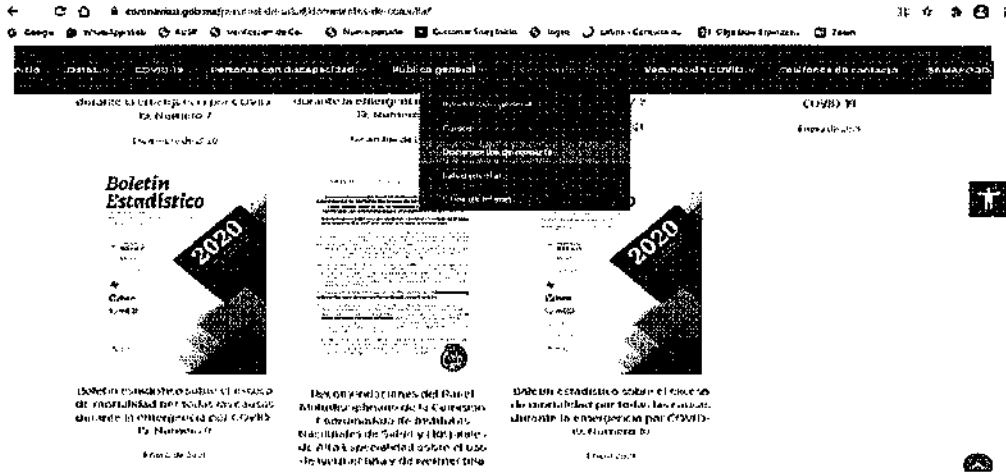
<https://coronavirus.gob.mx/>

De igual forma se sugiere consultar la liga electrónica que más adelante se precisa en la cual podrá consultar diversos Boletines estadísticos sobre exceso de mortalidad por todas las causas:

<https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>



J



Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
Enlace de Transparencia para la atención a las solicitudes de

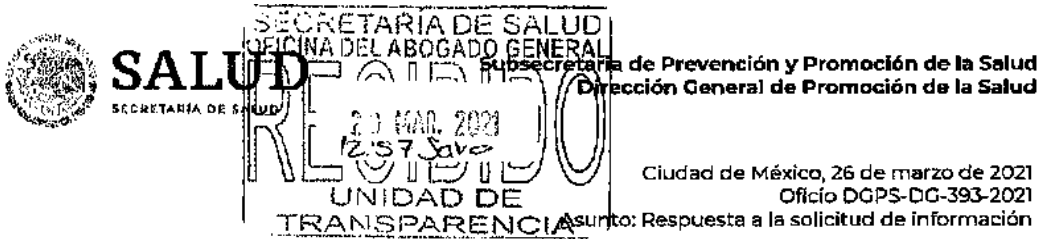
Lic. Karina Daniela García del Razo

C.c.p. Dr. Ricardo Cortés Alcalá - Director General de Promoción de la Salud
T2. C.6

		Rúbrica
Elaboró:	Lic. Olga Lidia Espinoza Arias	



Anexo 4. Respuesta 2 Dirección General de Promoción de la Salud



Lic. Héctor Aarón Borja Ruíz
Director de la Unidad de Transparencia de la Oficina
de la Abogada General de la Secretaría de Salud
 Marina Nacional Núm. 60, Planta Baja, Colonia Tacuba,
 Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11410.
 Presente

En alcance al oficio DGPS-DG-241-2021, de fecha 25 de febrero del año en curso, mediante el cual esta Unidad Administrativa da respuesta a la solicitud de información número 0001200117521, se hace del conocimiento que por lo que respecta a los numerales 1 y 5 se hacen las siguientes precisiones:

1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la Secretaría de Salud con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?

La Dirección General de Promoción de la Salud¹ toma como referencia del número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipos, hipertensión arterial; las prevalencias reportadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición², y que en su última edición oficial 2018, presentó los siguientes datos:

Porcentaje de población de 0 a 4 años con riesgo de sobrepeso y sobrepeso, por tipo de localidad. ENSANUT 2018.

Tipo de localidad	Riesgo de sobrepeso	Sobrepeso
Urbana	22.4%	8.4%
Rural	21.4%	7.8%

Porcentaje de población de 5 a 11 años con sobrepeso y obesidad, por tipo de localidad. 2018.

Tipo de localidad	Sobrepeso	Obesidad
Urbana	18.4%	19.5%
Rural	17.4%	12.3%

Porcentaje de población de 12 a 19 años con sobrepeso y obesidad, por tipo de localidad. 2018.

Tipo de localidad	Sobrepeso	Obesidad	Sb + Ob
Urbana	24.7%	15.0%	39.7%
Rural	21.0%	13.6%	34.6%

¹ <https://www.gob.mx/salud/documentos/direccion-general-de-promocion-de-la-salud>

² Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020.





Porcentaje de población de 12 a 19 años con sobrepeso y obesidad, por sexo, 2018.

	Sobrepeso	Obesidad	Sb+Ob
Mujeres	27.0%	14.1%	41.1%
Hombres	20.7%	15.1%	35.8%

Porcentaje de población de 20 años y más de edad con sobrepeso y obesidad por sexo, 2018.

	Sobrepeso	Obesidad	Sb+Ob
Mujeres	36.6%	40.2%	76.8%
Hombres	42.5%	30.5%	73.0%

Diabetes en población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes, por sexo (2018)

Total	Mujeres	Hombres
10.3% 8.6 millones de personas	11.4%	9.1%

Hipertensión en población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de hipertensión, por sexo (2018)

Total	Mujeres	Hombres
18.4% 15.2 millones de personas	20.9%	15.3%

Colesterol y triglicéridos en población mayor de 20 y más años, 2018

Medición de colesterol y triglicéridos	Total	Mujeres	Hombres
Sí, normal	32.7%	34.8%	30.3%
Sí, alto	19.5%	21.0%	17.7%
No	47.7%	44.2%	52.0%

Por lo que respecta a los años 2019, 2020 y 2021, se informa que después de realizar una búsqueda exhaustiva y minuciosa de la información no se localizó la misma, por lo que se declara inexistente.

5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la Secretaría de Salud para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el período de 2010 a 2021?

La Dirección General de Promoción de la Salud en coordinación con otras unidades responsables, ha implementado las siguientes políticas públicas para las acciones de promoción y educación para la salud en el marco de la atención del sobrepeso y la obesidad.

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010
- Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes, 2013-2018





Así mismo, se informa que se está trabajando en la Estrategia Nacional para una Alimentación Saludable, Justa y Sustentable, la cual es un documento técnico relacionado con la reestructuración de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y la Diabetes y que se encuentra sujeto a un proceso deliberativo consistente en la revisión y validación final del citado documento.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

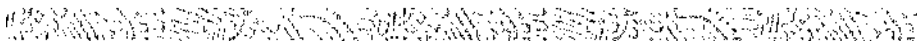
Atentamente

Enlace de Transparencia para la atención a las solicitudes de

Lic. Karina Daniela García del Razo

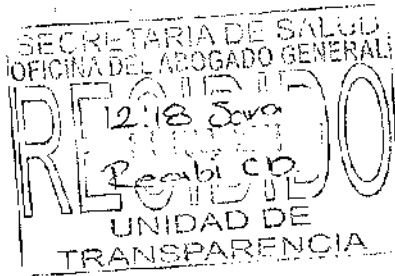
C.c.p. Dr. Ricardo Cortés Alcalá.- Director General de Promoción de la Salud
12, C.6

		Rúbrica
Elaboró:	Lic. Olga Lidia Espinoza Arias	



Anexo 5. Respuesta Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

SALUD



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología
Dirección de Vigilancia Epidemiológica
de Enfermedades No Transmisibles

Ciudad de México, a 10 MAR 2021

Oficio No. DGE-DVEENT-03410-2021

Asunto: Respuesta a la solicitud de información
Número 0001200117521

Unidad de Transparencia de la
Oficina de la Abogada General
Marina Nacional número 60, Planta baja,
Colonia Tacuba, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo
C. P. 11410, Ciudad de México

Para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y en atención a la solicitud de información número 0001200117521 que a continuación se transcribe:

- 1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?
- 2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso y obesidad?
- 3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?
- 4.- ¿La SSA cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.
- 5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?
- 6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas públicas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?
- 7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?, describir los resultados debidamente alineados con los indicadores.
La secretaria de salud al ser la institución rectora de la salud en México, debe contar con los datos de la atención médica privada, por ello solicito la siguiente información
- 8.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en los servicios de atención médica privada, en el periodo que comprende 2010 a 2021?

Francisco de P. Miranda 157, Col. Lomas de Plateros, C.P. 01480 D.T. Álvaro Obregón, Cc. México.
Tel: (55) 5337 664/5337 665 www.gob.mx/salud



9.- ¿Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado, en los servicios de atención médica privada?

10.- De contar con un registro, ¿Cuáles son las acciones que la SSA le solicita realizar a los servicios de atención médica privada para dar seguimiento y control de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad?

Tras el surgimiento del nuevo virus SARS-COV-2 y la expansión de la epidemia de COVID-19, hago solicitud de la siguiente pregunta

11.- ¿Cuál es el número de personas fallecidas por las complicaciones del virus SARS-COV-2, que presentaban diagnóstico previo de enfermedades no transmisibles, específicamente sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, se requerirá la cifra detallada por enfermedad.

Con fundamento en los artículos 13, 15, 130, párrafo cuarto, y 133 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se informa que se realizó la búsqueda exhaustiva de la información en los archivos con expresión documental de la Dirección General de Epidemiología y se da respuesta en los siguientes términos:

En la Dirección General de Epidemiología se cuenta con información disponible de casos nuevos de morbilidad sujetas a vigilancia epidemiológica con CIE-10^ª Revisión de: obesidad (E66), diabetes mellitus tipo 2 (E11-E14) e hipertensión arterial (I10-I15) con desglose por año, entidad federativa, fuente de notificación, grupo de edad y sexo hasta el año 2019, y está disponible en los anuarios de morbilidad de la Dirección General de Epidemiología los cuales son acceso al público en general en la siguiente dirección electrónica:

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-epidemiologica>

Para el acceso a la información de morbilidad de los anuarios, se siguen los siguientes pasos:

Ingresar a la página de los anuarios:

1. Seleccionar anuarios de morbilidad dar clic en VER
2. Seleccionar al final de la página "Consultar compendio 1984-2019"
3. Dar clic sobre el botón Casos
4. Dar clic sobre el menú de desagregación de la información que se desea consultar (Fuente de notificación, Mes de ocurrencia, Grupos de edad).
5. Seleccionar el año y Sexo a consultar (General, Masculino o Femenino), dar clic en el botón Aceptar.
6. Seleccionar la enfermedad a consultar dar clic en Aceptar.

En cuanto a los pasos para consultar información de los boletines existentes en la página de epidemiología, hay que seguir los siguientes pasos

1. Ingresar a la página de los boletines en la siguiente liga:

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>



2. Dar clic en Histórico 2020-1981 seleccione el año que desea ver y descargue el archivo, para observar la información por semana que se desea consultar.
3. Para la consulta de boletines de 2021, dar clic en: Publicación Actual (17 de febrero) semana epidemiológica 5 seleccionar la semana epidemiológica deseada.

Asimismo, se anexa CD con la información preliminar de los casos nuevos de obesidad (E66), diabetes mellitus tipo 2 (E11-E14) e hipertensión arterial (I10-I15) por estado e institución notificante, grupo de edad y sexo del año 2020 y 2021 al corte de la semana epidemiológica número 5 del año 2021.

No se omite mencionar, que esta unidad administrativa cuenta con información de casos nuevos de enfermedad con base en la Norma Oficial Mexicana NCM-017-2012-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica, la cual puede consultar en la siguiente dirección electrónica:

https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/00_NO_M-017-SSA2-2012_para_vig_epidemiologica.pdf

Respecto al número de personas fallecidas por las complicaciones del virus SARS-COV-2, que presentaban diagnóstico previo de enfermedades no transmisibles, puede consultar la información contenida en la base de datos abiertos sobre los casos de COVID-19 en la siguiente liga:

<https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

En dicha base podrá consultar la información de casos y defunciones de COVID-19 así como de sus comorbilidades.

Por lo tanto, la información en referente a: 1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021? 2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso y obesidad? 3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias? 4.- ¿La SSA cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla. 5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021? 6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas públicas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021? 7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?, describir los resultados debidamente alineados con los indicadores. La secretaria de salud al ser la institución rectora de la salud en México, debe contar



con los datos de la atención médica privada, por ello solicito la siguiente información 8.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados con sobrepeso y dislipemias por año, en los servicios de atención médica privada, en el periodo que comprende 2010 a 2021? 9.- ¿Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado, en los servicios de atención médica privada? 10.- De contar con un registro, ¿Cuáles son las acciones que la SSA le solicita realizar a los servicios de atención médica privada para dar seguimiento y control de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad? Se comenta que no se cuenta con con información al respecto, ya que o solicitado nose cuenta dentro de las atribuciones establecidas para esta Unidad Administrativa conforme al artículo 32 Bis 2 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Cabe señalar que advertidas las atribuciones establecidas en el Reglamento interior de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Epidemiología tiene como principal atribución la vigilancia epidemiológica de las enfermedades establecidas en los apéndices informativos de Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia de vigilancia epidemiológica y de laboratorio por lo que se refiere al diagnóstico y referencia epidemiológicos; coordinar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, incluyendo el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, así como las acciones de vigilancia epidemiológica internacional y coordinar, supervisar y evaluar la administración y operación de las unidades administrativas que le estén adscritas.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente
Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles
Enlace de Transparencia



Dra. Gabriela del Carmen Nucamendi Cervantes

C. c. o. Dr. Hugo López-Ostella Ramírez. -Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. - Presente.
Dr. José Luis Alomía Zagarra. - Director General de Epidemiología. - Edificio.
Dr. Christian A. Zaragoza Jiménez. - Director de Información Epidemiológica. - Edificio.

Sección/Serie: 1x0.6
JLAZ/GCNC/CAZ)/grf



Anexo 6. Respuesta Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Estimados,

Hago referencia a su correo electrónico de fecha 17 de febrero del año en curso, por medio del cual se turnó a este Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades la solicitud de acceso a la información pública número 0001200117521 que a la letra requiere lo siguiente:

“...1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?

2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso y obesidad?

3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?

4.- ¿La SSA cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.

5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?

6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas públicas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?

7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?, describir los resultados debidamente alineados con los indicadores.

La secretaria de salud al ser la institución rectora de la salud en México, debe contar con los datos de la atención médica privada, por ello solicito la siguiente información

8.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en los servicios de atención médica privada, en el periodo que comprende 2010 a 2021?

9.- ¿Se cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado, en los servicios de atención médica privada?

10.- De contar con un registro, ¿Cuáles son las acciones que la SSA le solicita realizar a los servicios de atención médica privada para dar seguimiento y control de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad?

Tras el surgimiento del nuevo virus SARS-COV-2 y la expansión de la epidemia de COVID-19, hago solicitud de la siguiente pregunta

11.- ¿Cuál es el número de personas fallecidas por las complicaciones del virus SARS-COV-2, que presentaban diagnóstico previo de enfermedades no transmisibles, específicamente sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, se requerirá la cifra detallada por enfermedad... “[Sic]

Sobre el particular, este Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, de acuerdo con las atribuciones conferidas en el artículo 45 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y de su Manual de Organización en Específico, este Sujeto Obligado, le informa lo siguiente:

1. ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?

Sobre el particular, este CENAPRECE le informa que **NO ha generado información**, en los términos planteados en la presente solicitud de acceso a la información pública que por medio del presente se contesta.

Por consiguiente dicha información es de carácter **INEXISTENTE**. Lo anterior de conformidad con los términos establecidos en el CRITERIO/07-17 emitido por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, mismo que se cita a continuación:

“Casos en los que no es necesario que el Comité de Transparencia confirme formalmente la inexistencia de la información. La Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública establecen el procedimiento que deben seguir los sujetos obligados cuando la información solicitada no se encuentre en sus archivos; el cual implica, entre otras cosas, que el Comité de Transparencia confirme la inexistencia manifestada por las áreas competentes que hubiesen realizado la búsqueda de la información. No obstante lo anterior, en aquellos casos en que no se advierta obligación alguna de los sujetos obligados para contar con la información, derivado del análisis a la normativa aplicable a la materia de la solicitud; y además no se tengan elementos de convicción que permitan suponer que ésta debe obrar en sus archivos, no será necesario que el Comité de Transparencia emita una resolución que confirme la inexistencia de la información.”

*****Énfasis añadido*****

No obstante lo anterior y a efecto de garantizar el principio de máxima publicidad y transparencia, con fundamento en los términos establecidos en el artículo 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se le sugiere consultar con la **Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud (DGIS)**, quien cuenta con el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS), Subsistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) por medio del cual se dispone de información de los servicios otorgados en las unidades médicas de la Secretaría de Salud. Entre ellos, se dispone del número de

detecciones positivas e ingresos a tratamiento de obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia.

2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con sobrepeso y obesidad?

Al respecto este CENAPRECE, le informa que a través de la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, conduce el **“Programa de Acción Específico Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular”**, el cual establece acciones de detección, tratamiento y control de la obesidad, mismo que sigue vigente y el cual puede ser consultado en el siguiente vínculo electrónico:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/278072/PAE_PrevenccionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf

Lo anterior de conformidad con los términos establecidos en el artículo 132 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. De este modo, se garantiza el acceso a la información pública, puesto que se otorga acceso a la información en los formatos existentes, conforme a las características de la información solicitada.

3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por la SSA con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?

De igual manera este CENAPRECE, le informa que a través de la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, conduce el **“Programa de Acción Específico Obesidad y Riesgo Cardiovascular”** y el **“Programa de Acción Específico de Diabetes Mellitus”**, dichos programas se encuentran vigentes, los cuales establecen acciones de detección, tratamiento y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias, y pueden ser consultados en los siguientes vínculos electrónicos:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/278072/PAE_PrevenccionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/278071/PAE_PrevenccionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf

4.- ¿La SSA cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y la obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.

Sobre el particular, este CENAPRECE le informa que NO ha generado información, en los términos planteados en la presente solicitud de acceso a la información pública que por medio

del presente se contesta. Por consiguiente dicha información es de carácter **INEXISTENTE**. Lo anterior de conformidad con los términos establecidos en el CRITERIO/07-17 emitido por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

No obstante lo anterior y a efecto de garantizar el principio de máxima publicidad y transparencia, con fundamento en los términos establecidos en el artículo 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se le sugiere consultar con la **Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud (DGIS)**, quien dispone del número de detecciones positivas, ingresos a tratamiento y control por obesidad, así como el número de personas que presentan el factor de riesgo sobrepeso respecto a la última consulta registrada de las personas de 20 años y más que acuden a las unidades médicas del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud por año.

Asimismo se le sugiere consultar con el **Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)**, quien como medida sistemática contempla la generación de Encuestas Nacionales como una herramienta que indica las condiciones de salud y nutrición de representación nacional.

5.- ¿Qué políticas públicas se han instrumentado por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?

Este Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), realizó la búsqueda exhaustiva en los archivos con los que cuenta este sujeto obligado, al respecto se advirtió lo siguiente:

Por lo que concierne a los ejercicios fiscales **2010 al 2013** se le informa que este sujeto obligado, NO cuenta con documentos electrónicos y los archivos físicos correspondientes al periodo señalado actualmente NO obran en los archivos de este CENAPARECE; lo anterior de conformidad con el plazo de conservación establecido en el “**Cuadro General de Clasificación Archivística y Catalogo de Disposición Documental de la Secretaría de Salud**”, para el numeral **11C.3 D** que corresponde a “Disposiciones en materia de políticas”, el cual obra en la página 87 del citado manual conforme a lo siguiente:

Código	Sección / Serie / Subserie	Valor documental	Archivo de trámite	Archivo de concentración	Vigencia completa
11C.3 D	Disposiciones en materia de políticas.	Administrativo y Legal	4 años	8 años	12 años

Por los términos anteriormente expuestos, se advierte que este Sujeto únicamente está obligado a contar en sus archivos con información de **2013 a la fecha**, motivo por el cual este CENAPRECE tiene una imposibilidad material y jurídica en proporcionar la

información solicitada por el peticionario relativa a los ejercicios fiscales 2010 al 2013 ya que fueron enviados al archivo de concentración.

Aunado a lo anterior y derivado de la pandemia del virus SARS-CoV2 (COVID-19), por causas de fuerza mayor se determinó suspender las actividades no esenciales y labores de manera presencial, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal ya que podría implicar situaciones de riesgo para el personal y con ello se perjudicaría la integridad de los trabajadores ello de acuerdo con los términos señalados en el “Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad causada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)” relacionado con el “Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para el intercambio de información oficial a través de correo electrónico institucional como medida complementaria de las acciones para el combate de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)”.

Es de precisarse, que este CENAPRECE comparte esta preocupación, subrayando que en todo momento ha sido respetuoso con las medidas que se han dictado por parte del Gobierno Federal; muestra de ello, son las medidas para evitar toda exposición innecesaria al personal, que pudiere poner en riesgo su salud, y la de las personas con quienes conviven, compartiendo esta preocupación de proteger la salud de los trabajadores, en cumplimiento de las medidas dictadas por las autoridades sanitarias federales a fin de mitigar la propagación del COVID-19. En este sentido este CENAPRECE, le adjunta al presente el oficio número OIC-TOIC-730-2020 suscrito por el Titular del Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud y el comunicado interno de fecha 28 de enero del año 2021., por medio del cual se respetan las medidas preventivas con la finalidad de mitigar y control los riesgos para la salud que implica la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV2 (Covid 2019).

Una vez precisado lo anterior, se le informa que en la administración pasada (2013 – 2018), este CENAPRECE participó en la implementación de la “**Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes**” en su pilar atención médica, por lo que se pone a disposición del peticionario el siguiente vínculo electrónico:

<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>

Asimismo se reitera que a través de la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, conduce el “**Programa de Acción Específico Obesidad y Riesgo Cardiovascular**” el cual

Establece acciones de detección, tratamiento y control de la obesidad, dicho programa sigue vigente y puede ser consultado en el siguiente vínculo electrónico:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf

6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas públicas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?

Al respecto, este CENAPRECE le informa que NO ha generado información, en los términos planteados en la presente solicitud de acceso a la información pública que por medio del presente se contesta. Por consiguiente dicha información es de carácter **INEXISTENTE**. Lo anterior de conformidad con los términos establecidos en el CRITERIO/07-17 emitido por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales

No obstante lo anterior, y con la finalidad de garantizar el principio de máxima publicidad y transparencia, se le sugiere le consultar con el **Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)**, quien ha realizado evaluaciones de la Estrategia de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME EC).

Asimismo con la **Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud**, ya que través de la estrategia caminando a la excelencia desde el ejercicio fiscal 2007 hasta el ejercicio fiscal 2019 evaluaba el desempeño de los diferentes programas de salud.

7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas implementadas por la SSA para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el de 2010 a 2021?, describir los resultados debidamente alineados con los indicadores. La secretaria de salud al ser la institución rectora de la salud en México, debe contar con los datos de la atención médica privada, por ello solicito la siguiente información

Al respecto, este CENAPRECE le informa que NO ha generado información, en los términos planteados en la presente solicitud de acceso a la información pública que por medio del presente se contesta. Por consiguiente dicha información es de carácter **INEXISTENTE**. Lo anterior de conformidad con los términos establecidos en el CRITERIO/07-17 emitido por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales

No obstante lo anterior, y con la finalidad de garantizar el principio de máxima publicidad y transparencia, se le sugiere le consultar con la **Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud**, que través de la estrategia caminando a la excelencia, se permitía hacer una comparación del desempeño de indicadores de estructura, procesos y resultado por programa de acción, los cuales median a las estrategias del programa de diabetes, obesidad y riesgo cardiovascular y UNEME EC. Los resultados de cada indicador se pueden encontrar a través del siguiente enlace:

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/boletines-historicos-caminando-a-la-excelencia>

8.- Finalmente, por lo que concierne a los peticiones de los numerales 8, 9, 10 y 11:

Este CENAPRECE, le informa que de acuerdo con su marco normativo, no es un prestador de servicios, por lo tanto NO ha generado información, en los términos planteados en la presente solicitud de acceso a la información pública que por medio del presente se contesta. Por lo que dicha información es de carácter **INEXISTENTE**. Lo anterior de conformidad con los términos establecidos en el CRITERIO/07-17 emitido por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

No obstante, lo anterior y con la finalidad de garantizar el principio de máxima publicidad y transparencia, se le sugiere al peticionario dirigir la presente solicitud de acceso a la información pública con:

- Los Servicios Estatales de Salud (SESA)
- La Secretaría de la Defensa Nacional (LA SEDENA)
- La Secretaría de Marina (LA SEMAR)
- El Instituto Mexicano del Seguro Social (EL IMSS);
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (EL ISSSTE).
- Petróleos Mexicanos (PEMEX)
- Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

Quien de conformidad con sus atribuciones y en el ámbito de su competencia pueden contar con la información.

Sin otro particular, les enviamos un cordial saludo.



Anexo 7. Solicitud de Información Comisión Federal para la Protección Contra Riesgo Sanitario



Plataforma Nacional de Transparencia



15/02/2021 12:58:43 AM

Solicitud de Información

Número de Folio	1215100184721
Datos PNT:	
Usuario	PNT_8391693
Solicitante:	
Nombre o Razón Social	CAROLINA FERNÁNDEZ OROPEZA
Representante:	
Domicilio:	Calle , No. Colonia _ C.P. 00000, , México
Unidad de enlace:	
Dependencia o entidad:	COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

"Este acuse contiene sus datos personales por lo que deberá resguardarse en un lugar seguro para evitar su difusión y el uso no autorizado por usted."

Para efecto del cómputo del plazo establecido en el artículo 132 (en el caso de solicitudes de acceso a la información pública) y 24 (para las solicitudes de acceso a datos personales) de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública se ha recibido su solicitud con fecha 15 de febrero de 2021.

Al haber enviado su solicitud por medio electrónico, acepta que las notificaciones y resoluciones que se formulen en atención a la misma, se pondrán a su disposición en los plazos establecidos en la Ley referida, en esta página, misma que se obliga a consultar para dar seguimiento a su solicitud. En el caso de acceso a datos personales se expedirán copias simples o certificadas. La entrega de éstos se hará en el domicilio de la Unidad de Transparencia del solicitante mediante correo certificado con notificación.

El seguimiento a su solicitud podrá realizarlo, mediante el número de folio que se indica en este acuse, en la página de internet con dirección:

<https://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Si por alguna falla técnica del sistema, no pudiera abrir las notificaciones y resoluciones que se pongan a su disposición en esta página, deberá informarlo a la unidad de transparencia de la dependencia o entidad a la que solicitó información en un plazo de 5 días hábiles, a fin de que se le notifique por otro medio.

Plazo de respuesta a la solicitud de acceso a información pública:

Conforme se establece en los artículos 132 y 136 de la Ley referida, los tiempos de respuesta o posibles notificaciones referentes a su solicitud, son los siguientes:

Respuesta a la solicitud, indicando la forma y medio en que se pondrá a su disposición la información, así como en su caso, el costo:	20 días hábiles	(15/03/2021)
Notificación en caso de que la información solicitada no sea de competencia de la dependencia o entidad:	3 días hábiles	(18/02/2021)
Requerimiento para proporcionar elementos adicionales o corregir información que permitan localizar la información solicitada:	5 días hábiles	(22/02/2021)
Notificación de ampliación de plazo para dar atención a la solicitud:	20 días hábiles	(15/03/2021)
Respuesta a la solicitud, en caso de que haya recibido notificación de ampliación de plazo:	30 días hábiles	(29/03/2021)
Acceso o envío de información una vez que indique el medio y forma de entrega y de tener costo, una vez efectuado el pago:	30 días hábiles	

Conforme se establece en el artículo 24 la Ley referida, los tiempos de respuesta o posibles notificaciones referentes a su solicitud de acceso a datos personales, son los siguientes:

Respuesta a la solicitud, indicando la forma y medio en que se pondrá a su disposición los datos personales, así como en su caso, el costo:	20 días hábiles	(15/03/2021)
Requerimiento para proporcionar elementos adicionales o corregir información que permitan localizar los datos solicitados: 3	10 días hábiles	(15/03/2021)
Acceso o envío de información una vez que indique el medio y forma de entrega, y de tener costo, una vez efectuado el pago:5		10 días hábiles

1. Las solicitudes recibidas después de las 18:00 horas de un día hábil o en un día inhábil, se dan por recibidas al día hábil siguiente.
2. La solicitud deberá enviarse a la unidad de transparencia competente, reiniciándose el proceso de solicitud y los plazos de respuesta.
3. Este requerimiento interrumpirá el plazo de respuesta.
4. El solicitante deberá acreditar su identidad para recibir los datos personales con credencial de elector, cartilla del servicio militar, cédula profesional o pasaporte. La entrega de dichos datos se hará en la Unidad de Transparencia (si decide recogerlos personalmente) o le serán enviados por medio de correo certificado con notificación. Si desea nombrar a un representante legal para que reciba sus datos, dicho representante deberá acudir directamente a la Unidad de Transparencia para acreditar tal representación y recibir los datos personales.
5. La reproducción de los datos personales solicitados, únicamente podrá ser en copias simples (sin costo) o en copias certificadas (con costo). En caso de que usted haya realizado una nueva solicitud respecto del mismo sistema de datos personales en un periodo menor a doce meses a partir de la última solicitud, las copias simples generarán un costo.



Plataforma Nacional de Transparencia



15/02/2021 12:58:43 AM

Solicitud de Información

Número de Folio 1215100184721

Descripción de la solicitud:

Datos del solicitante

Nombre:	CAROLINA
Primer Apellido:	FERNÁNDEZ
Segundo Apellido:	OROPEZA

Domicilio (para recibir notificaciones)

Calle:	
Número Exterior:	
Número Interior:	
Colonia:	
Entidad Federativa:	
Delegación o Municipio:	
Código Postal:	00000
Teléfono:	0
Correo electrónico:	vrayesuarikarol@gmail.com

Datos adicionales del solicitante para fines estadísticos:

Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	01/01/2021
Ocupación:	
Otra Ocupación:	
Nivel Educativo:	
Otro Nivel Educativo:	
Derecho de Acceso:	
Otro Derecho de Acceso:	
Lengua Indígena:	
Entidad:	
Municipio o Localidad:	
Medio Recepción:	Correo electrónico - vrayesuarikarol@gmail.com
Formato de Acceso:	
Pueblo Indígena:	0
Nacionalidad:	
Medidas de Accesibilidad:	

Solicitud de información a

Dependencia o entidad:

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS
SANTARIOS

Modalidad en la que se prefiere se le otorgue acceso a la información, de estar disponible en dicho medio

Modalidad de entrega:

Entrega por Internet en la PNT

Descripción clara de la solicitud de información:

- 1.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 2.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 3.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 4.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 5.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 6.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 7.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 8.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?
- 9.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?

Otros datos para su localización:

Archivo de la descripción recibido con código:

1215100184721.docx

Autenticidad de la información:

9b37551ca08a686b9a836c60560c2f40

Autenticidad del acuse

7cfc7be6a4af99a84f038c4d840ff76f

Autenticidad del archivo:

a115e0ca084288d49d1d92d863bd0d41

Se recomienda conservar el presente acuse para fines informativos y aclaraciones.

Anexo 8. Respuesta Comisión Federal para la Protección de Riesgo Sanitario



PARA: Unidad de Transparencia de la COFEPRIS		
DE: Subdirección Ejecutiva de Normatividad		PRIORIDAD: 1
LUGAR: Ciudad de México.	FECHA: 18 de febrero de 2021	HORA: 17:00 hrs
ASUNTO: Respuesta a solicitud de acceso a la información pública 1215100184721 .		ATENCIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL

De conformidad con los artículos 4, párrafo cuarto, 6, apartado A, fracción I y 8 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2, fracción I, 17, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 17 bis de la Ley General de Salud; 2, inciso C, fracción X, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 3, fracción II, 4, fracción II, inciso g, y 18 del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y en atención al correo electrónico enviado por la Licenciada Mariana Carrillo Gaytán, quien por instrucciones de la Licenciada Elsa Luz María Díaz Ceja, turnó a la Subdirección Ejecutiva de Normatividad la solicitud de acceso a la información número 1215100184721, misma que hace referencia:

- “1.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?**
- 2.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?**
- 3.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de etiquetado de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?**
- 4.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?,**
- 5.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?**





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



COFEPRIS
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN
CONTRA RIESGOS SANITARIOS

6.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de publicidad de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?

7.- ¿Cuáles son las estrategias que se han implementado en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?

8.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las estrategias implementadas en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021?

9.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las estrategias implementadas en materia de política fiscal para el control de los productos alimenticios no saludables, con el objetivo de combatir el problema de sobrepeso y obesidad, en el periodo de 2010 a 2021? ...”(sic)

Me permito hacer de su conocimiento que esta Subdirección Ejecutiva de Normatividad, realizó la búsqueda exhaustiva de la información solicitada en los archivos físicos y base de datos electrónicos con que cuenta de acuerdo al tema de interés requerido por el peticionario; le informo que lo solicitado por el particular no es atribución de esta Unidad Administrativa, por lo que se declara **INCOMPETENTE** para conocer de la solicitud detallada en la consulta en comento, lo anterior de conformidad con el artículo **18** del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, así como el artículo QUINCUAGÉSIMO QUINTO del ACUERDO por el que se delegan las facultades que se señalan en los Órganos Administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2010, en correlación con el Criterio **13/17** del Pleno del Instituto Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, el cual señala:

“Incompetencia. La incompetencia implica la ausencia de atribuciones del sujeto obligado para poseer la información solicitada; es decir, se trata de una cuestión de derecho, en tanto que no existan facultades para contar con lo requerido; por lo que la incompetencia es una cualidad atribuida al sujeto obligado que la declara”.

Resoluciones:

- RRA 4437/16. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 25 de enero de 2017. Por unanimidad. Comisionada Ponente Ximena Puentes de la Mora.
- RRA 4401/16. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales. 01 de febrero de 2017. Por unanimidad. Comisionado Ponente Rosendoevgueni Monterrey Chepov.
- RRA 0539/17. Secretaría de Economía. 01 de marzo de 2017. Por unanimidad. Comisionado Ponente Joel Salas Suárez. Criterio 13/17

Sin otro particular, le envío un saludo.

AMF/asc

Av. Marina Nacional Núm. 60, Piso 4, Colonia Tacuba,
Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11410

www.gob.mx/cofepris,
t: 55 50 80 52 00



OCF-SGC-P-01-POI-01-L-01-F-02 Rev. 01

2 de 2



Anexo 9. Solicitud de Información Instituto Mexicano del Seguro Social



Plataforma Nacional de Transparencia



15/02/2021 12:28:51 AM

Solicitud de Información

Número de Folio 0064100457021

Datos PNT:

Usuario PNT_8391693

Solicitante:

Nombre o Razón Social CAROLINA FERNÁNDEZ OROPEZA

Representante:

Domicilio:

Calle , No. Colonia _ C.P. 00000, , México

Unidad de enlace:

Dependencia o entidad: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

"Este acuse contiene sus datos personales por lo que deberá resguardarse en un lugar seguro para evitar su difusión y el uso no autorizado por usted."

Para efecto del cómputo del plazo establecido en el artículo 132 (en el caso de solicitudes de acceso a la información pública) y 24 (para las solicitudes de acceso a datos personales) de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública se ha recibido su solicitud con fecha 15 de febrero de 2021.

Al haber enviado su solicitud por medio electrónico, acepta que las notificaciones y resoluciones que se formulen en atención a la misma, se pondrán a su disposición en los plazos establecidos en la Ley referida, en esta página, misma que se obliga a consultar para dar seguimiento a su solicitud. En el caso de acceso a datos personales se expedirán copias simples o certificadas. La entrega de éstos se hará en el domicilio de la Unidad de Transparencia del solicitante mediante correo certificado con notificación.

El seguimiento a su solicitud podrá realizarlo, mediante el número de folio que se indica en este acuse, en la página de internet con dirección:

<https://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Si por alguna falla técnica del sistema, no pudiera abrir las notificaciones y resoluciones que se pongan a su disposición en esta página, deberá informarlo a la unidad de transparencia de la dependencia o entidad a la que solicitó información en un plazo de 5 días hábiles, a fin de que se le notifique por otro medio.

Plazo de respuesta a la solicitud de acceso a información pública:

Conforme se establece en los artículos 132 y 136 de la Ley referida, los tiempos de respuesta o posibles notificaciones referentes a su solicitud, son los siguientes:

Respuesta a la solicitud, indicando la forma y medio en que se pondrá a su disposición la información, así como en su caso, el costo:	20 días hábiles	(16/03/2021)
Notificación en caso de que la información solicitada no sea de competencia de la dependencia o entidad:	3 días hábiles	(18/02/2021)
Requerimiento para proporcionar elementos adicionales o corregir información que permitan localizar la información solicitada;	5 días hábiles	(22/02/2021)
Notificación de ampliación de plazo para dar atención a la solicitud:	20 días hábiles	(16/03/2021)
Respuesta a la solicitud, en caso de que haya recibido notificación de ampliación de plazo:	30 días hábiles	(06/04/2021)
Acceso o envío de información una vez que indique el medio y forma de entrega y de tener costo, una vez efectuado el pago:	30 días hábiles	

Conforme se establece en el artículo 24 la Ley referida, los tiempos de respuesta o posibles notificaciones referentes a su solicitud de acceso a datos personales, son los siguientes:

Respuesta a la solicitud, indicando la forma y medio en que se pondrá a su disposición los datos personales, así como en su caso, el costo:	20 días hábiles	(16/03/2021)
Requerimiento para proporcionar elementos adicionales o corregir información que permitan localizar los datos solicitados: :	10 días hábiles	(16/03/2021)
Acceso o envío de información una vez que indique el medio y forma de entrega, y de tener costo, una vez efectuado el pago: :		10 días hábiles

1. Las solicitudes recibidas después de las 18:00 horas de un día hábil o en un día inhábil, se dan por recibidas al día hábil siguiente.
2. La solicitud deberá enviarse a la unidad de transparencia competente, reiniciándose el proceso de solicitud y los plazos de respuesta.
3. Este requerimiento interrumpirá el plazo de respuesta.
4. El solicitante deberá acreditar su identidad para recibir los datos personales con credencial de elector, cartilla del servicio militar, cédula profesional o pasaporte. La entrega de dichos datos se hará en la Unidad de Transparencia (si decide recogerlos personalmente) o le serán enviados por medio de correo certificado con notificación. Si desea nombrar a un representante legal para que reciba sus datos, dicho representante deberá acudir directamente a la Unidad de Transparencia para acreditar tal representación y recibir los datos personales.
5. La reproducción de los datos personales solicitados, únicamente podrá ser en copias simples (sin costo) o en copias certificadas (con costo). En caso de que usted haya realizado una nueva solicitud respecto del mismo sistema de datos personales en un periodo menor a doce meses a partir de la última solicitud, las copias simples generarán un costo.



Plataforma Nacional de Transparencia



15/02/2021 12:28:51 AM

Solicitud de Información

Número de Folio 0064100457021

Descripción de la solicitud:

Datos del solicitante

Nombre:	CAROLINA
Primer Apellido:	FERNÁNDEZ
Segundo Apellido:	OROPEZA

Domicilio (para recibir notificaciones)

Calle:	
Número Exterior:	
Número Interior:	
Colonia:	
Entidad Federativa:	
Delegación o Municipio:	
Código Postal:	00000
Teléfono:	0
Correo electrónico:	vrayesuarikarol@gmail.com

Datos adicionales del solicitante para fines estadísticos:

Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	01/01/2021
Ocupación:	
Otra Ocupación:	
Nivel Educativo:	
Otro Nivel Educativo:	
Derecho de Acceso:	
Otro Derecho de Acceso:	
Lengua Indígena:	
Entidad:	
Municipio o Localidad:	
Medio Recepción:	Entrega por el sistema de solicitudes de acceso a la información de la PNT
Formato de Acceso:	
Pueblo Indígena:	0
Nacionalidad:	
Medidas de Accesibilidad:	

Solicitud de información a

Dependencia o entidad:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Modalidad en la que se prefiere se le otorgue acceso a la información, de estar disponible en dicho medio

Modalidad de entrega:

Entrega por Internet en la PNT

Descripción clara de la solicitud de información:

- 1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el IMSS con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad.
- 2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el IMSS con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada.
- 3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el IMSS con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada.
- 4.- ¿El IMSS cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.
- 5.- ¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?
- 6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementadas por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?
- 7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementadas por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?

Otros datos para su localización:

Archivo de la descripción recibido con código:

0064100457021.docx

Autenticidad de la información:

7118d343f491570cb5ed0043e8fba6a5

Autenticidad del acuse

d5ac89c1c01c50394421eb241da129b2

Autenticidad del archivo:

ff64f76f6995f3204d68c8a9b22c8150

Se recomienda conservar el presente acuse para fines informativos y aclaraciones.

Anexo 10. Respuesta Dirección de Prestaciones Médicas IMSS Bienestar



GOBIERNO DE
MÉXICO



UNIDAD DE TRANSPARENCIA



Ciudad de México, 06 de abril de 2021.

C. Solicitante

Presente

Me refiero a la solicitud de información pública con número de folio **0064100457021**, mediante la cual requiere:

1.- *¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el IMSS con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad.*

2.- *¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el IMSS con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada.*

3.- *¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el IMSS con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada.*

4.- *¿El IMSS cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.*

5.- *¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?*

6.- *¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementadas por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?*

7.- *¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementadas por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?." (Sic)*

Al respecto, con fundamento en lo establecido en los artículos 61, fracciones II y V, 123, 126, 127, 128, 133, 134, 135, 136, 137 y 138 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIP), esta Unidad de Transparencia solicitó a la **Dirección de Prestaciones Médicas (DPM)** y a la **Unidad IMSS - Bienestar**, realizaran la búsqueda exhaustiva de la información.

En este sentido, la DPM, pone a su disposición en archivos electrónicos (se adjuntan al presente), el oficio que da contestación a su petición y sus anexos.

Toledo No. 21, Planta Baja, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, CDMX. Tel. (55) 5238 2700, Ext. 12255 o 12256

www.imss.gob.mx





GOBIERNO DE
MÉXICO



UNIDAD DE TRANSPARENCIA



Por su parte, la Unidad IMSS – Bienestar, manifestó que al amparo de los criterios 03/17¹ y 16/17² emitidos por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), que la información no se genera con el detalle descrito. Sin embargo, en apego al principio de máxima publicidad, proporciona la información que a continuación se enlista:

Para atender los incisos 1, 4, 6 y 7, pone a su disposición en archivos electrónicos (se adjuntan al presente) la información que contiene el número de casos nuevos de enfermedades no transmisibles registradas y el número de pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad (menores de 5 años, 5 a 9 años y 10 a 19 años) para el periodo de 2010 a enero de 2021.

Respecto de los puntos, 2, 3 y 5, precisó que las políticas públicas o programas que ha instrumentado el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y obesidad durante el periodo 2010 a 2021, en apego a la NOM 031 SSA2-1999³ Para la atención a la salud del niño y la NOM 047-SSA2-2015⁴ Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad, se realiza la valoración y clasificación del estado nutricional de los niños y adolescentes durante las consultas de control.

A partir del año 2007 se implementó el Servicio de Atención Integral a la Salud (SAIS). El Marco Normativo para la implementación del SAIS se basó en el Plan Nacional de Desarrollo, Programa Nacional de Salud y Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

El SAIS plantea y establece un abordaje integral sistematizado que oriente al control de las causas de la diabetes y que aborde los aspectos sustantivos para el control metabólico de la enfermedad. En él se fortalece la prevención primaria, teniendo como base el control de los factores de riesgo toda vez que está demostrado que si se controlan estos factores, la diabetes puede prevenirse o, en su defecto, retardar su aparición y sus complicaciones. En este sentido, se estableció:

- El diagnóstico temprano y oportuno de los casos de Prediabetes.
- Promover el ejercicio físico en la población.
- Orientar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Prevenir la presentación prematura de complicaciones por Diabetes Mellitus.

¹ No existe obligación de elaborar documentos ad hoc para atender las solicitudes de acceso a la información.

² Cuando los particulares presenten solicitudes de acceso a la información sin identificar de forma precisa la documentación que pudiera contener la información de su interés, o bien, la solicitud constituya una consulta, pero la respuesta pudiera obrar en algún documento en poder de los sujetos obligados, éstos deben dar a dichas solicitudes una interpretación que les otorgue una expresión documental.

³ Se sugiere consultar la norma en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

⁴ Se sugiere consultar la norma en <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-047-SSA2-2015.pdf>

Toledo No. 21, Planta Baja, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, CDMX. Tel. (55) 5238 2700, Ext. 12255 o 12256

www.imss.gob.mx





Las acciones del SAIS van dirigidas a:

1. Pacientes con sobrepeso y factores de riesgo cardiovascular.
2. Pacientes con obesidad grado II y III.
3. Prediabetes.
4. Pacientes con Diabetes Mellitus descontrolados en los últimos 3 meses.
5. Embarazadas con desnutrición.
6. Menores de 5 años con mal nutrición.

Los objetivos que persigue son:

- Sistematizar la participación multidisciplinaria en las Unidades Médicas del Programa, para la prevención y manejo del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial crónica.
- Proporcionar bases prácticas y aplicables en el primer nivel de atención para la prevención, diagnóstico, manejo oportuno y prevención de complicaciones.
- Establecer las actividades a realizar en los tres niveles de prevención.
- Consolidar la búsqueda intencionada de factores de riesgo para la identificación oportuna de personas con riesgo.
- Implantar como estrategia fundamental el cambio en el estilo de vida en la población.

El planteamiento hasta ahora alcanzado es una plataforma que requiere un espacio dinámico en donde prevalezca la corresponsabilidad médicopaciente, con un enfoque integrador individual, familiar y colectivo, basado en las siguientes acciones, aplicables en las unidades médicas del Programa.

- **Mídete y Atiéndete:** Mídete y Atiéndete: es aplicada fuera del SAIS en la consulta externa mediante la participación del área médica y de enfermería, en la que se pretende la identificación de factores de riesgo, la capacitación del paciente para efectuar su auto-medición.
- **Capacítate** aplicada con la participación del personal capacitado al de enfermería asignada al SAIS, quien lleva a cabo la segmentación de grupos, la intervención educativa focalizada y prácticas demostrativas basadas en los Planes de Cuidados de Enfermería.
- **Aliméntate:** aplicada por el área de Nutrición y Dietética: técnica en el caso de Hospitales Rurales y en Unidades Médicas Rurales por la Auxiliar de Área Médica, conocer nuestros alimentos, aprender a elegir y medir las raciones saludables.
- **Muévete:** Muévete: es aplicada por el área de Nutrición y Dietética en Hospitales Rurales y en Unidades Médicas Rurales por el área de enfermería, mediante un plan personalizado, control de rutinas y un seguimiento integral acorde a grupo específico.





GOBIERNO DE
MÉXICO



UNIDAD DE TRANSPARENCIA



- **Motívate:** Motívate: aplicado mediante la intervención de la disciplina de Trabajo Social en Hospitales Rurales; y del área médica y de enfermería en Unidades Médicas Rurales; a través de sesiones educativas y vivenciales, formación de grupos de autoayuda y redes de apoyo, que fomentan la adherencia al tratamiento y recuperación de la autoestima, involucrando además a familiares y/o cuidadores del paciente.

A través de éste proceso, se busca la homologación de la atención médica, establecimiento de criterios diagnóstico-terapéuticos, referenciacontrarreferencia e identificación oportuna de complicaciones.

En caso de duda o aclaración respecto de la presente notificación, favor de comunicarse al correo electrónico: teresa.torresv@imss.gob.mx

Por último, se hace de su conocimiento que en caso de no estar conforme con la respuesta otorgada, la LFTAIP en sus artículos 147 y 148 establecen, que el solicitante podrá interponer, por sí mismo o a través de su representante, de manera directa o por escrito, o por medios electrónicos, recurso de revisión ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales o ante esta Unidad de Transparencia, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la respuesta, medio de impugnación que deberá contener los requisitos previstos en el artículo 149 de la Ley Federal mencionada.

Sin otro particular, se reitera el compromiso de este Instituto Mexicano del Seguro Social con la transparencia y el acceso a la información.

Atentamente,
Teresa Diana Torres Vázquez
Unidad de Transparencia



Anexo 11. Respuesta Dirección de Prestaciones Médicas IMSS Régimen Ordinario

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

INFORMACIÓN PÚBLICA

Número de solicitud: 0064100457021

Fecha en la que se recibe la petición: 16 de febrero de 2021

Descripción clara de la solicitud de información.

1.- *¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el IMSS con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad.*

2.- *¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el IMSS con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada.*

3.- *¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el IMSS con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada.*

4.- *¿El IMSS cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.*

5.- *¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?*

6.- *¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementadas por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?*

7.- *¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementadas por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?.*

1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el IMSS con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad.

Respuesta: Se envía archivo en Excel que contiene casos diagnosticados por diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y sobre peso y obesidad de los años 2010 a la semana epidemiológica número 6, 2021.

Se envía archivo en Excel que contiene consultas en especialidades por dislipidemias de los años 2010 al 2019, que es la única información con que cuenta esta Coordinación. En lo que respecta a consultas de especialidades por dislipidemia de los años 2020 y 2021, le informo que hasta el recibimiento de la

solicitud la cifra es cero (0); la cifra mencionada es información preliminar ya que el período solicitado es un período estadístico que aún no concluye y la información de éste año se encuentra en fase de integración.

La versión anual definitiva disponible y pública para 2020 será hasta junio del 2021, y para 2021 será hasta junio del 2022. Por tanto, respecto de los cuestionamientos antes señalados, se fundamenta con el criterio emitido por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) 018-13, en el que textualmente se establece: "Respuesta igual a cero. No es necesario declarar formalmente la inexistencia. En los casos en que se requiere un dato estadístico o numérico, y el resultado de la búsqueda de la información sea cero, éste deberá entenderse como un dato que constituye un elemento numérico que atiende la solicitud, y no como la inexistencia de la información solicitada." (sic). Por lo anterior, el número cero es una respuesta válida cuando se solicita información cuantitativa, en virtud de que se trata de un valor en sí mismo.

2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el IMSS con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada.

De manera estricta el Diagnóstico de Sobrepeso y Obesidad el Médico Familiar lo realiza y registra en el Sistema Institucional de Medicina Familiar, de acuerdo a su valoración médica determina la intervención de nutrición o de trabajo social en las Unidades de Medicina Familiar donde cuenten con este servicio, con el propósito de atender integralmente al paciente. Así también de contar con una Unidad Operativa de Prestaciones Sociales en el área de influencia de la Unidad Médica Familiar deriva al paciente a sesiones educativas y la práctica de actividad física.

Con la derivación de Medicina Familiar al Servicio de Trabajo Social; el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud invitan al derechohabiente a integrarse a una estrategia educativa:

- Pasos por la Salud: Estrategia Educativa de Promoción de la Salud que promueve un estilo de vida activo y saludable basado en una alimentación correcta, consumo de agua simple potable y práctica diaria de actividad física y/o ejercicio, para disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en derechohabientes de 6 años de edad en adelante, mediante un modelo lúdico, participativo y vivencial, para un aprendizaje significativo en educadores de sus pares, su familia y su entorno social.
 - Características:
 - Duración de 3 meses, 3 sesiones por semana

- Se pesa y se mide al Derechohabiente al inicio y al final
 - En todas las sesiones se practica actividad física
 - Se imparte en Unidades de Medicina Familiar que cuenten con espacio para el desarrollo de actividad física
- Yo puedo: Estrategia Educativa de Promoción de la Salud, que fomenta el autocuidado de la salud en las y los derechohabientes con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, que permite reforzar factores de protección, habilidades para la vida y hábitos saludables, mediante un modelo lúdico, participativo, vivencial y reflexivo, para un aprendizaje significativo, con base a los componentes de promoción de la salud, capacitando adolescentes, mujeres, hombres y personas adultas mayores educadores de sus pares, su familia y entorno social.
 - o Características:
 - Duración 3 sesiones
 - Se imparte en Unidades de Medicina Familiar

Cabe señalar que:

- Todas las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud PrevenIMSS, solamente se imparten en aquellas Unidades Médicas que cuentan con personal de Trabajo Social.
- Durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2 los grupos educativos se suspendieron y se reiniciaron únicamente en aquellas entidades con semáforo verde.

En el marco de la atención integral y de acuerdo a la valoración por parte del Médico Familiar, éste puede derivar al servicio de nutrición donde cuenten con este recurso humano.

Las estrategias implementadas para dar seguimiento a pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad son:

- **Entrega informada de la Cartera de Alimentación Saludable y Actividad Física:** Es un apoyo didáctico para la consulta y sesiones educativas nutricionales con la finalidad de contribuir a mejorar los hábitos de alimentación y de actividad física del derechohabiente y su familia.

Está dirigida a derechohabiente mayores de 15 años, preferentemente con sobrepeso u obesidad, con o sin comorbilidades como prediabetes, diabetes, dislipidemia, pre hipertensión e hipertensión arterial (sin complicaciones).

Es entregada por el o la Nutricionista Dietista y personal de Enfermería, junto con una breve explicación del contenido.

Esta Cartera de Alimentación Saludable y Actividad Física promueve el autocuidado mediante tres acciones básicas:

- Alimentación Saludable: cuenta con 28 ejemplos de menús saludables
- Promoción de la práctica diaria de actividad física: cuenta con un plan de inicio de actividad física para reducir peso de manera segura
- Promoción de consumo diario de agua simple potable

Invitación a participar en la estrategia de Educación Nutricional Grupal NutriMSS, "Aprendiendo a Comer Bien para pacientes con enfermedades crónicas". Está dirigida a derechohabientes de 15 años o más, que presenten una o más de las siguientes condiciones: sobrepeso, obesidad, prediabetes, diabetes, prehipertensión arterial, hipertensión arterial o dislipidemias; se otorgan los elementos básicos de la alimentación correcta, el consumo de agua simple y la práctica de actividad física.

Las estrategias de Educación Nutricional NutriMSS son impartidas por el personal Nutricionista Dietista de Primer Nivel de atención, donde existe este recurso.

El contenido técnico está basado en evidencia científica y alineada con los planes y programas de salud nacionales. Incluye guiones didácticos sugeridos para la correcta ejecución de las sesiones impartidas y para homologar la información dada en las diferentes unidades y delegaciones.

La atención nutricional para estos pacientes se otorgará de la siguiente manera:

- a) En la intervención de educación nutricional grupal NutriMSS Aprendiendo a comer bien: Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, se otorgan elementos básicos de la alimentación correcta, el consumo de agua simple y la práctica de actividad física. Al término de la sesión se otorgará cita a cada paciente para la consulta de Nutrición en forma individual, dentro de un periodo menor a un mes, preferentemente el día que el paciente asista a su cita con su médico familiar o por cualquier otro motivo.

A los pacientes con diabetes se les otorga cita a la sesión NutriMSS Aprendiendo a comer bien: Pacientes con Diabetes.

- b) En la consulta individual de Nutrición se realiza la evaluación nutricional (evaluando peso, talla y composición corporal), se verifica el apego a las recomendaciones que se dieron en la sesión, establece y otorga plan de alimentación individualizado, aclaran dudas y verifica la comprensión del tratamiento nutricional.

3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el IMSS con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada.

Atención por el Médico Familiar, los pacientes acuden regularmente con su Médico Familiar para ser valorados y controlar su enfermedad, parte de dicha atención es otorgarles su tratamiento farmacológico y recomendaciones para adoptar o preservar un estilo de vida saludable.

Por otra parte se cuentan con 135 Unidades de Medicina Familiar con módulo DIABETIMSS en los 35 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (ÓOAD) para la atención integral de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

En estos servicios, la atención se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario de salud conformado por un equipo básico (médico familiar y enfermera general), así como un equipo complementario atendido por la nutricionista-dietista, estomatólogo y trabajador social.

Proceso de Reintegración a Control Médico Social en el Primer Nivel de Atención:

- En este proceso el profesional de Trabajo Social lleva a cabo la investigación social de los remisos y usuarios que requieren de atención prioritaria para la reincorporación a la atención integral a la salud.
- En este proceso que no solo se refiere a la búsqueda o localización por cualquier motivo necesario a acudir a la Unidad de Medicina Familiar u otra institución, se debe precisar que el proceso de reintegración a control médico social hace referencia al contacto con algún derechohabiente con falta de cumplimiento y/o apego a consultas o citas referentes a su control médico o tratamiento no farmacológico, al ser demasiada la demanda y el poco personal con el que se cuenta en las unidades, es necesario que la intervención de Trabajo Social se determine para la o el derechohabiente con mayor urgencia médica o social.

- El personal de Trabajo Social debe aplicar su metodología para identificar factores, causas o barreras que estén impidiendo el apego y esté afectando de manera notable y riesgosa la salud del paciente, logrando con el resto del equipo su reintegración mediante alternativas y posibles soluciones.

NutrIMSS

La estrategia de Educación Nutricional Grupal NutrIMSS Aprendiendo a Comer Bien para pacientes con enfermedades crónicas: está dirigida a derechohabientes de 15 años o más, que presenten una o más de las siguientes condiciones: sobrepeso, obesidad, obesidad, prediabetes, diabetes, prehipertensión arterial, hipertensión arterial o dislipidemias; se otorgarán los elementos básicos de la alimentación correcta, el consumo de agua simple y la práctica de actividad física.

Las estrategias de Educación Nutricional NutrIMSS son impartidas por el personal Nutricionista Dietista de Primer Nivel de atención.

El contenido técnico está basado en evidencia científica y alineada con los planes y programas de salud nacionales. Incluye guiones didácticos sugeridos para la correcta ejecución de las sesiones impartidas y para homologar la información dada en las diferentes unidades y delegaciones.

La atención nutricional para estos pacientes se otorgará de la siguiente manera:

- a) En la intervención de educación nutricional grupal NutrIMSS Aprendiendo a comer bien: Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, se otorgan elementos básicos de la alimentación correcta, el consumo de agua simple y la práctica de actividad física. Al término de la sesión se otorgará cita a cada paciente para la consulta de Nutrición en forma individual, dentro de un periodo menor a un mes, preferentemente el día que el paciente asista a su cita con su médico familiar o por cualquier otro motivo.

A los pacientes con diabetes se les otorga cita a la sesión NutrIMSS Aprendiendo a comer bien: Pacientes con Diabetes.

- a) En la consulta individual de Nutrición se realiza la evaluación nutricional (evaluando peso, talla y composición corporal), se verifica el apego a las recomendaciones que se dieron en la sesión, otorga plan de alimentación individualizado, revisan los avances de las metas establecidas, aclaran dudas y verifica la comprensión del tratamiento nutricio.

4.- ¿El IMSS cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.

Se hace de su conocimiento que la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica cuenta con validación de las cifras de casos nuevos diagnosticados de sobre peso y obesidad, pero no se da seguimiento de ellos. El seguimiento de los pacientes diagnosticados con sobre peso y obesidad se lleva en forma individualizada por el médico familiar o nutriólogo en la unidad médica que les corresponde.

5.- ¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?

En el año 2002, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implementó los Programas Integrados de Salud, mejor conocidos con el acrónimo PrevenIMSS, vigente hasta la fecha.

La estrategia PrevenIMSS se basa en el Chequeo PrevenIMSS, que es un paquete de actividades preventivas diferenciadas por grupo de edad y sexo de la población derechohabiente.

El Chequeo PrevenIMSS, se otorga en los módulos PrevenIMSS, ubicados en todas las unidades de medicina familiar del IMSS. Consiste en realizar las siguientes acciones preventivas relacionadas con la: Promoción de la Salud, Vigilancia de la Nutrición, Prevención y Control de Enfermedades, Detección de Enfermedades, así como actividades de la Salud Sexual y Reproductiva.

Actividades principales en los módulos PrevenIMSS dirigidas a la prevención y diagnóstico del sobrepeso/obesidad:

- Se mide el peso, talla y calcula el Índice de Masa Corporal
- Se otorga al derechohabiente información de su resultado y la evaluación del estado de nutrición (peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad).

Asimismo, se promueve en los derechohabientes, la adopción de hábitos saludables a través de una dieta equilibrada y la práctica habitual de actividad física

Consulta de medicina familiar:

La asistente médica realiza la antropometría y el médico familiar el diagnóstico y manejo.

Para fortalecer las **acciones de promoción de las salud** es otorgadas por el personal de enfermería durante el Chequeo PrevenIMSS, así como las del médico familiar durante la consulta, el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud, desarrolla las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud PrevenIMSS. Existiendo una por cada grupo de edad y también para grupos vulnerables o con riesgo. Las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud, son modelos educativos instrumentados por PrevenIMSS dentro del proceso de Promoción de la Salud, donde se proporcionan temas de educación de las CNS y tópicos afines a cada grupo de edad, vulnerabilidad o riesgo, con el fin de fortalecer factores de protección, habilidades para la vida y hábitos saludables, mediante un modelo lúdico, participativo, vivencial y reflexivo, para un aprendizaje social y significativo, abordados en sesiones con bloques temáticos, identificadas con los siguientes nombres:

- “ChiquitIMSS Junior” (para niñas y niños de 3 a 6 años de edad),
- “ChiquitIMSS” (para niñas y niños de 7 a 9 años de edad),
- “JuvenIMSS Junior (para adolescentes de 10 a 14 años de edad),
- “JuvenIMSS” (para adolescentes de 15 a 19 años de edad),
- “Ella y Él con PrevenIMSS” (para mujeres y hombres de 20 a 59 años de edad),
- “Envejecimiento Activo PrevenIMSS” (para personas adultas mayores de 60 y más años de edad),
- “Embarazo PrevenIMSS” (para embarazadas),
- “Pasos por la Salud” (para personas de 6 o más años de edad con diagnóstico de sobrepeso u obesidad) y
- “Yo puedo” (para personas de 10 o más años de edad con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial).

6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementada por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?

En la estrategia educativa “Pasos por la Salud”, desarrollada por personal de Trabajo Social y Promotores de Salud, se mide el IMC al inicio y al finalizar, evaluando la disminución del mismo. Los logros son:

Pasos por la Salud		
Año	No. Personas que disminuyeron su IMC	% de Personas que Disminuyeron su IMC
2012	3,351	30.4
2013	12,509	20.1
2014	10,110	30.1
2015	12,365	34.8
2016	13,483	36.5
2017	12,086	39.0
2018	11,175	26.4
2019	14,878	37.0
2020	2,663	38.3
Total	92,620	31.4

Fuente: EEPS Acumulados 2012-2020, DPS, CAISPN, UAPS, DPM, IMSS

Cabe señalar que la EEPS inició en el año 2012 y por la fecha de solicitud y corte de información, aún no se cuentan con datos 2021.

NutrIMSS

En 2020 se realizó un análisis de los resultados de la estrategia de NutriMSS en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N.º 2 del OOAD de la Ciudad de México Norte durante los años 2018 y 2019, a través de indicadores básicos de salud en una muestra de derechohabientes incorporados a la estrategia.

El número de pacientes de la muestra fue de 105 y mediante dos estrategias diferentes se analizó el cambio de las variables de interés (peso corporal, IMC, glucosa, colesterol, triglicéridos y tensión arterial) considerando el inicio y final de la intervención:

- En la primera, se examinaron, a priori la generación de indicadores representando el cambio porcentual de cada variable; y a partir de un modelo de regresión lineal múltiple se evaluó el cambio de estas variables.

- En la segunda, con el modelo de Ecuaciones de Estimación Generalizadas (GEE, por sus siglas en inglés) se evaluó el cambio promedio en el tiempo, a partir del total de pacientes con dos mediciones repetidas, las cuales fueron consideradas en cada modelo. Todos los modelos estadísticos fueron ajustados por el sexo, diagnóstico médico y el tiempo en días entre una y otra consulta. Para los modelos de la glucosa y tensión arterial sistólica además de las variables mencionadas, se ajustó por el número de consultas que el paciente tuvo con el médico familiar y, en el caso del modelo del IMC, la variable adicional fue el número de consultas con la nutrióloga.

Por medio de estas estrategias, se identificó el número de pacientes que presentaron disminución, mantenimiento o incremento en los parámetros de cada una de las variables. Igualmente, se realizó el análisis de la frecuencia relativa permitiendo identificar la distribución porcentual de las observaciones dentro de las categorías de las variables.

Como resultados, se identificó a los pacientes que acudieron hasta dos consultas por tres meses, ya sea de medicina familiar (66.4%) o nutrición (79.1%). Los cambios registrados en los pacientes durante el periodo de estudio reflejaron descensos en: peso corporal de 1 kg (79 kg vs 78 kg); IMC de 0.8 kg/m² (32.03 kg/m² vs 31.23kg/m²); glucosa 13 mg/dL (119 mg/dL vs 106 mg/dL); triglicéridos 57 mg/dL (215 mg/dL vs 158 mg/dL) y colesterol 17 mg/dL (215 mg/dL vs 198 mg/dL), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p<0.005).

Para evaluar el cambio promedio de cada indicador de salud durante el periodo de seguimiento, se utilizaron los modelos GEE ajustados por sexo, diagnóstico médico y el tiempo en días entre una y otra consulta, para los modelos de glucosa y tensión arterial.

Al mismo tiempo se adaptó al número de consultas que el paciente tuvo con el médico familiar y, en el caso del IMC, la variable adicional fue el número de visitas con la nutrióloga. Se observó un decremento del IMC que fue de -0.004 kg/m² (IC95%:-0.006, -0.002), la glucosa por cada día transcurrido disminuyó en promedio -0.05 mg/dL (IC95%:-0.09, -0.01) y los triglicéridos en -0.13 mg/dL (IC95%:-0.22, -0.04).

Si estos valores fueran evaluados considerando el número de consultas durante tres meses, y no por día, se observaría claramente como disminuye el IMC 0.360 kg/m², la glucosa 4.5 mg/dL y los triglicéridos 11.7 mg/dL.

Los resultados muestran que a través del monitoreo de los indicadores básicos de salud, hay diferencias favorables para los pacientes desde el inicio y fin de la intervención, ya que disminuyen significativamente:

- Peso corporal (1 kg)
- IMC (0.8 kg/m², ajustado 0.36 kg/m²)
- Niveles de glucosa (13 mg/dL, ajustado 4.5 mg/dL)
- Triglicéridos (57 mg/dL, ajustado 11.7 mg/dL)
- Colesterol (17 mg/dL)

Se puede inferir que el Programa NutriMSS es un aliado para la salud de la población derechohabiente del IMSS, ya que proporciona conocimientos y habilidades para realizar una alimentación saludable, y así prevenir o controlar enfermedades.

Referencia: *Tesis. Acosta Gutiérrez MN. Análisis de indicadores básicos de salud sobre el resultado del programa NutriMSS, Ciudad de México, 2018 y 2019 [Maestría]. Instituto Nacional de Salud Pública; 2020.*

7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementadas por el IMSS para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?”

Dentro de los resultados obtenidos de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud PrevenIMSS que desarrolla el personal de Trabajo Social, se encuentra el número de derechohabientes capacitados en todos los temas de Promoción de la Salud, entre ellos los correspondientes a la prevención de sobrepeso y obesidad (la información se proporciona desde el año de inicio de cada estrategia).

Año	ChiquitIMS S Junior	ChiquitIMS S	JuvenIMS S Junior	JuvenIMS S	Ella y Él con PrevenIMSS			Embarazo PrevenIMSS			Envejecimiento Activo PrevenIMS S	Pasos por la Salud	Yo puedo
					Mujeres	Hombres	Total de capacitados	Embarazadas	Otros acompañantes	Total de capacitados			
2006			737										
2007			2,369										
2008			13,158										
2009			43,403										
2010	2,011		92,571										
2011	41,807		114,270										
2012	88,808		182,488		45,259	22,856	68,115				22,719	9,591	
2013	102,108		176,562		108,121	48,420	156,541				69,989	58,125	
2014	111,335		175,093		107,613	43,586	151,199				70,045	32,275	
2015	114,402		190,781		97,263	50,203	147,466	181,632	37,852	219,484	86,038	35,539	112,126

2016	124,090		206,947		82,692	46,729	129,421	190,280	40,836	231,116	96,958	36,970	164,608
2017	99,285	53,284	79,644	127,219	81,110	49,510	130,620	169,250	37,635	206,885	90,390	32,826	166,373
2018	121,712	83,475	84,641	123,683	73,126	48,338	121,464	160,418	51,410	211,828	102,522	42,363	168,052
2019	122,567	80,801	91,679	124,369	72,237	50,926	123,163	169,669	51,762	221,431	107,355	40,249	171,594
2020	31,726	17,296	18,627	24,043	15,503	10,277	25,780	40,615	11,080	51,695	20,732	6,956	36,972
Total	959,851	234,856	1,872,284		682,924	370,845	1,053,769	911,864	230,575	1,142,439	666,748	294,894	819,725

Fuente: EEPS Acumulados 2012-2020, DPS, CAISPN, UAPS, DPM, IMSS

Cabe señalar que por la fecha de solicitud y corte de información, aún no se cuentan con datos 2021.

NutrIMSS. El número de pacientes que fueron beneficiados con la estrategia de educación nutricional NutrIMSS Aprendiendo a comer bien: para pacientes con enfermedades crónicas del año 2016 al 2020 se muestra el siguiente cuadro, desglosado por año:

Año	Número de Derechohabientes
2016	162,043
2017	218,933
2018	263,570
2019	336,245
2020*	80,876

*Con motivo de la pandemia por COVID-19, las sesiones educativas de NutrIMSS se suspendieron y se reanudarán conforme al semáforo epidemiológico cuando se encuentre en verde en cada ÓOAD.

Las anteriores acciones han logrado contener ligeramente el incremento acelerado de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Si bien es cierto, que decrementos importantes no se han dado; en algunos grupos de edad, se ha logrado detener este crecimiento o hacerlo más lento.

Al tener el sobrepeso y la obesidad un origen multicausal, provocado por el ambiente obesogénico, se requiere el concurso de toda la política pública, tanto del ámbito de la salud, así como de todo el Gobierno Federal para poder prevenir esta epidemia.

De manera cualitativa se ha logrado posicionar en la población el concepto de que el tener sobrepeso y obesidad es un factor de riesgo para otras enfermedades que pueden llegar a tener graves complicaciones, provocar muerte prematura o vivir con alguna discapacidad. Sin embargo no ha sido posible detonar en esta misma población, que intervenga al respecto, para evitar esa condición de riesgo.

Anexo 12.Solicitud de Información Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado



Plataforma Nacional de Transparencia



15/02/2021 12:38:40 AM

Solicitud de Información

Número de Folio	0063700098021
Datos PNT:	
Usuario	PNT_8391693
Solicitante:	
Nombre o Razón Social	CAROLINA FERNÁNDEZ OROPEZA
Representante:	
Domicilio:	Calle , No. Colonia _ C.P. 00000, , México
Unidad de enlace:	
Dependencia o entidad:	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

"Este acuse contiene sus datos personales por lo que deberá resguardarse en un lugar seguro para evitar su difusión y el uso no autorizado por usted."

Para efecto del cómputo del plazo establecido en el artículo 132 (en el caso de solicitudes de acceso a la información pública) y 24 (para las solicitudes de acceso a datos personales) de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública se ha recibido su solicitud con fecha 15 de febrero de 2021.

Al haber enviado su solicitud por medio electrónico, acepta que las notificaciones y resoluciones que se formulen en atención a la misma, se pondrán a su disposición en los plazos establecidos en la Ley referida, en esta página, misma que se obliga a consultar para dar seguimiento a su solicitud. En el caso de acceso a datos personales se expedirán copias simples o certificadas. La entrega de éstos se hará en el domicilio de la Unidad de Transparencia del solicitante mediante correo certificado con notificación.

El seguimiento a su solicitud podrá realizarlo, mediante el número de folio que se indica en este acuse, en la página de internet con dirección:

<https://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Si por alguna falla técnica del sistema, no pudiera abrir las notificaciones y resoluciones que se pongan a su disposición en esta página, deberá informarlo a la unidad de transparencia de la dependencia o entidad a la que solicitó información en un plazo de 5 días hábiles, a fin de que se le notifique por otro medio.

Plazo de respuesta a la solicitud de acceso a información pública:

Conforme se establece en los artículos 132 y 136 de la Ley referida, los tiempos de respuesta o posibles notificaciones referentes a su solicitud, son los siguientes:

Respuesta a la solicitud, indicando la forma y medio en que se pondrá a su disposición la información, así como en su caso, el costo:	20 días hábiles	(16/03/2021)
Notificación en caso de que la información solicitada no sea de competencia de la dependencia o entidad:	3 días hábiles	(18/02/2021)
Requerimiento para proporcionar elementos adicionales o corregir información que permitan localizar la información solicitada:	5 días hábiles	(22/02/2021)
Notificación de ampliación de plazo para dar atención a la solicitud:	20 días hábiles	(16/03/2021)
Respuesta a la solicitud, en caso de que haya recibido notificación de ampliación de plazo:	30 días hábiles	(06/04/2021)
Acceso o envío de información una vez que indique el medio y forma de entrega y de tener costo, una vez efectuado el pago:	30 días hábiles	

Conforme se establece en el artículo 24 la Ley referida, los tiempos de respuesta o posibles notificaciones referentes a su solicitud de acceso a datos personales, son los siguientes:

Respuesta a la solicitud, indicando la forma y medio en que se pondrá a su disposición los datos personales, así como en su caso, el costo:	20 días hábiles	(16/03/2021)
Requerimiento para proporcionar elementos adicionales o corregir información que permitan localizar los datos solicitados: 3	10 días hábiles	(16/03/2021)
Acceso o envío de información una vez que indique el medio y forma de entrega, y de tener costo, una vez efectuado el pago:5		10 días hábiles

1. Las solicitudes recibidas después de las 18:00 horas de un día hábil o en un día inhábil, se dan por recibidas al día hábil siguiente.
2. La solicitud deberá enviarse a la unidad de transparencia competente, reiniciándose el proceso de solicitud y los plazos de respuesta.
3. Este requerimiento interrumpirá el plazo de respuesta.
4. El solicitante deberá acreditar su identidad para recibir los datos personales con credencial de elector, cartilla del servicio militar, cédula profesional o pasaporte. La entrega de dichos datos se hará en la Unidad de Transparencia (si decide recogerlos personalmente) o le serán enviados por medio de correo certificado con notificación. Si desea nombrar a un representante legal para que reciba sus datos, dicho representante deberá acudir directamente a la Unidad de Transparencia para acreditar tal representación y recibir los datos personales.
5. La reproducción de los datos personales solicitados, únicamente podrá ser en copias simples (sin costo) o en copias certificadas (con costo). En caso de que usted haya realizado una nueva solicitud respecto del mismo sistema de datos personales en un periodo menor a doce meses a partir de la última solicitud, las copias simples generarán un costo.



Plataforma Nacional de Transparencia



15/02/2021 12:38:40 AM

Solicitud de Información

Número de Folio 0063700098021

Descripción de la solicitud:

Datos del solicitante

Nombre:	CAROLINA
Primer Apellido:	FERNÁNDEZ
Segundo Apellido:	OROPEZA

Domicilio (para recibir notificaciones)

Calle:	
Número Exterior:	
Número Interior:	
Colonia:	
Entidad Federativa:	
Delegación o Municipio:	
Código Postal:	00000
Teléfono:	0
Correo electrónico:	vrayesuarikarol@gmail.com

Datos adicionales del solicitante para fines estadísticos:

Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	01/01/2021
Ocupación:	
Otra Ocupación:	
Nivel Educativo:	
Otro Nivel Educativo:	
Derecho de Acceso:	
Otro Derecho de Acceso:	
Lengua Indígena:	
Entidad:	
Municipio o Localidad:	
Medio Recepción:	Correo electrónico - vrayesuarikarol@gmail.com
Formato de Acceso:	
Pueblo Indígena:	0
Nacionalidad:	
Medidas de Accesibilidad:	

Solicitud de información a

Dependencia o entidad:

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Modalidad en la que se prefiere se le otorgue acceso a la información, de estar disponible en dicho medio

Modalidad de entrega:

Entrega por Internet en la PNT

Descripción clara de la solicitud de información:

- 1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad.
- 2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada.
- 3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada.
- 4.- ¿El ISSSTE cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.
- 5.- ¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?
- 6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?
- 7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?

Otros datos para su localización:

Archivo de la descripción recibido con código:

0063700098021.docx

Autenticidad de la información:

1d4548c1fd43113fd30931ab83f7807f

Autenticidad del acuse

a730c1737cdcaa68bc5d604c369f76a2

Autenticidad del archivo:

779cc13479f0c0605ea30a2ae54de1d9

Se recomienda conservar el presente acuse para fines informativos y aclaraciones.

Anexo 13. Respuesta Jefatura de Servicios de Estadística Institucional



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DIRECCIÓN NORMATIVA DE PROSPECTIVA Y PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional

OFICIO No. 120.JSEI/088/2021

Ciudad de México, a 11 de marzo de 2021

Asunto: Respuesta solicitud de información
0063700098021.

**MTRA. HILDA DE LA TORRE AMORÓS
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA
PRESENTE.**

Me refiero a la solicitud de información de folio **0063700098021**, captada a través del Sistema de Solicitudes de Información (INFOMEX), del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, que a la letra dice:

"1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad. 2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada. 3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada. 4.- ¿El ISSSTE cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla. 5.- ¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021? 6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021? 7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?" Sic.

Al respecto, con fundamento en los Artículo 141 y 143 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Numeral Vigésimo Séptimo del Capítulo V de los Lineamientos que Establecen los Procedimientos Internos de Atención a Solicitudes de Acceso a la Información Pública y después de realizar una búsqueda exhaustiva en nuestros archivos físicos y electrónicos, se declara la inexistencia de forma inequívoca de toda la información solicitada en el **numeral 1**, debido a que dicha información no se encuentra





**DIRECCIÓN NORMATIVA DE
PROSPECTIVA Y PLANEACIÓN INSTITUCIONAL**

Jefatura de Servicios de Estadística Institucional

OFICIO No. 120.JSEI/088/2021

parte de los sistemas estadísticos que coordina esta Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección Normativa de Prospectiva y Planeación Institucional.

Sin embargo, con fundamento en los Artículos 130 y 132 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Numeral Vigésimo Cuarto del Capítulo V de los Lineamientos que Establecen los procedimientos Internos de Atención a Solicitudes de Acceso a la Información Pública, se envía en archivo adjunto con formato Excel, información de 2013 a 2019 y cifras preliminares de 2020, del número de **consultas otorgadas por: sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias**, por clasificación CIE-10 y año, que es la información con que cuenta esta Jefatura de Servicios. Se hace la aclaración que no se tiene la información de consultas por CIE-10 de los años anteriores a 2013.

En cuanto a la información de las consultas otorgadas de enero y febrero 2021, aún no está disponible en los sistemas estadísticos que coordina esta Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección Normativa de Prospectiva y Planeación Institucional, ya que se encuentra en proceso de integración, cabe hacer mención que estará disponible una vez que concluyan dichos procesos, lo cual no implica que el ISSSTE niegue la información

Asimismo, con fundamento en el artículo 65 fracción II de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se declara la incompetencia para atender toda la información solicitada de: los numerales del **2 al 7**, debido a que ésta no forma parte de los Sistemas Estadísticos que coordina esta Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección Normativa de Prospectiva y Planeación Institucional, por no ser de su responsabilidad de conformidad con el Estatuto Orgánico del ISSSTE.

Por acuerdo del Comité de Transparencia del Instituto "La Unidad Administrativa reconoce que está obligada a sustanciar la respuesta que proporcione de manera completa y concisa asumiendo la responsabilidad ante una posible inconformidad del solicitante con la respuesta otorgada".

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

MTRO. RAÚL RENÉ ROJAS OLMOS
JEFE DE SERVICIOS DE ESTADÍSTICA INSTITUCIONAL



**Anexo 14. Respuesta Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
ISSSTE.**



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DEL ESTADO

DIRECCIÓN NORMATIVA DE SALUD
Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

OFICIO No. DNS/SPPS/267/2021

Ciudad de México, 22 de febrero de 2021

Asunto: Respuesta a Solicitud No. 0063700098021

MTRA. LAURA MINERVA HERNÁNDEZ HERRERA
ENLACE DE TRANSPARENCIA EN LA DNS
PRESENTE

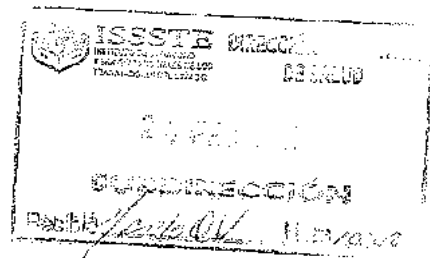
En atención a la solicitud de información No. 0063700098021 del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, se adjunta documento con el desglose de respuestas a los 7 incisos que componen este requerimiento.

"La Unidad Administrativa reconoce que está obligada a sustanciar la respuesta que proporcione de manera completa y concisa, asumiendo la responsabilidad ante una posible inconformidad del solicitante con la respuesta otorgada".

Sin otro particular, reciba un saludo.

Atentamente


DR. MIGUEL ÁNGEL NAKAMURA LÓPEZ
SUBCOORDINADOR
Encargado de la Subdirección
Con fundamento en el oficio No. DNS/2052/2020



 XMS/SVA/LCB

Av. San Fernando 547, Edif. A, 5º piso, Col. Toriello Guerra, Alcaldía Tlalpan, CP 14050, CDMX, 54471424 www.gob.mx/issste





SOLICITUD DE INFORMACIÓN No. 0063700098021

"1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad."

Con base en el artículo 65, fracción III de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se declara la incompetencia acerca del número *total* de derechohabientes con los padecimientos señalados en todo el Instituto, ya que esta Subdirección no es la encargada de procesar las estadísticas institucionales, labor que recae en la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud y en la Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, por lo que es posible que cuenten con lo solicitado.

Empero lo anterior, y en observancia al principio de máxima publicidad, hago de su conocimiento que la información de la que si dispone esta Subdirección corresponde al número de derechohabientes inscritos en el Programa Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) y su Escalamiento y el Programa Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad (PRFSyO), como se indica a continuación:

Año	Pacientes Registrados	
	MIDE	PRFSyO
2015	25,119	29,423
2016	67,531	64,751
2017	60,995	74,756
2018	56,929	70,397
2019	49,177	63,286
2020	22,727	26,196
ene-21	0	1,533

Es pertinente señalar que es a partir de 2015 que esta Subdirección cuenta con una plataforma de registro, por lo que se declara la inexistencia de estadísticas oficiales para los años 2010 a 2014, con base en los artículos 141 y 143 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

"2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada."

El ISSSTE ofrece a la derechohabiente las siguientes estrategias:





- En unidades médicas del primer nivel de atención, los derechohabientes identificados con sobrepeso u obesidad reciben mensajes de promoción de la salud que incluyen temas acerca de la alimentación correcta, el plato del bien comer y actividad física, principalmente; asimismo, se otorga información sobre el Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad (PPRESyO).
- En el PPRESyO, se brinda atención a los derechohabientes inscritos con un equipo multidisciplinario en salud conformado por personal de enfermería, medicina, nutrición, actividad física, trabajo social que, después de realizar la evaluación del estado de salud, nutrición y capacidades físicas, prescriben el tratamiento correspondiente de manera individualizada. Lo anterior con la finalidad de fomentar la adopción de un estilo de vida saludable, con hábitos alimentarios correctos y la práctica habitual de actividad física.
- Pruebas de detección y control. En las unidades médicas se realizan pruebas de glucemia, tensión arterial, estado nutricional y dislipidemias como apoyo para el diagnóstico y la prevención; también son realizadas para seguimiento o monitoreo del paciente ya sea en la consulta general o su evaluación en el PPRESyO.

3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada.

- Respecto a Diabetes, el Instituto cuenta con el Programa Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) y su Escalamiento, estrategia institucional que sustenta su metodología en el empoderamiento del paciente y con la ayuda de un equipo multidisciplinario en salud (medicina, enfermería, nutrición, actividad física, trabajo social, odontología y psicología), incorpora comportamientos para una vida saludable, promoviendo así el autocuidado.

Adicionalmente, considera el seguimiento metabólico de los pacientes mediante la determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c), prueba reconocida como el estándar de oro para evaluar el control glucémico. El resultado de esta prueba determina todos los procesos terapéuticos a seguir, incluido el abordaje farmacológico, nutricional y de actividad física.

- Pruebas de detección y control. En las unidades médicas se realizan pruebas de tensión arterial, estado nutricional y dislipidemias como apoyo para el diagnóstico y la prevención; también son realizadas para seguimiento o monitoreo del paciente ya sea en la consulta general o su evaluación en el MIDE.

“4.- ¿El ISSSTE cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.” (sic)

A: respecto, se declara la incompetencia para atender lo solicitado con base en el artículo 65, fracción III de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Es durante la consulta que el derechohabiente es diagnosticado y se establecen las acciones para su control y el posterior seguimiento.





**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURO
- ENFERMEDADES Y VEJEZ
PREVIDENTE DEL ESTADO

5.- ¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?

Prevención:

Como se menciona anteriormente, el Instituto ha implementado las pruebas de detección oportuna para la atención de alguna enfermedad que pueda controlarse con alimentación o para prevenir que el desarrollo de alguna.

Asimismo, los derechohabientes que acuden a las unidades médicas del primer nivel de atención, reciben mensajes de promoción de la salud que incluyen temas acerca de la alimentación correcta, el plato del bien comer y actividad física, principalmente; asimismo, se otorga información sobre el Programa de Prevención y Regresión de Sobrepeso y la Obesidad (PPRESyO).

Control:

El Instituto ha implementado el PPRESyO, estrategia institucional que consiste en brindar atención a los derechohabientes con un equipo multidisciplinario en salud conformado por personal de enfermería, medicina, nutrición, actividad física, trabajo social que, después de realizar la evaluación del estado de salud, nutrición y capacidades físicas, prescriben el tratamiento correspondiente de manera individualizada. Lo anterior con la finalidad de fomentar la adopción de un estilo de vida saludable, con hábitos alimentarios correctos y la práctica habitual de actividad física.

Además de brindar atención individual mediante consultas y/o asesorías, también cuenta con actividades grupales (sesiones educativas y talleres) mediante las cuales se facilita la adquisición de herramientas para la toma informada de decisiones.

“6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?”

El Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad (PPRESyO) cuenta, desde finales del 2015, con un sistema de registro del que se pueden obtener únicamente estadísticas sobre las consultas otorgadas; sin embargo, no cuenta con reportes de salida mediante los cuales pueda medirse el impacto en la salud de los derechohabientes que participan en dicho programa y, al no existir un expediente clínico electrónico en el Instituto, la información correspondiente al seguimiento se encuentra en los expedientes clínicos (en papel) en cada unidad médica.

“7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?”

Como se mencionó anteriormente, el PPRESyO cuenta con un sistema de registro del que se pueden obtener únicamente estadísticas sobre las consultas otorgadas; sin embargo, no cuenta con reportes de salida mediante los cuales pueda medirse el impacto en la salud de los derechohabientes que participan en dicho programa.



Anexo 15.Respuesta Jefatura de Departamento de Calidad de los Servicios de Atención Medica, ISSSTE.



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
INSTITUTO MEXICANO DE SALUD



Dirección Normativa de Salud
Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud
Jefatura de Servicios
Jefatura de Departamento de Calidad de los Servicios de Atención Médica

OFICIO No. DNS/SGES/JS/JDCSAM/ 061 /2021

No. Serie: 200.205.2.2.4

Ciudad de México, a 17 de febrero de 2021

Asunto: Solicitud del INAI No. 0063700098021.

MTRA. LAURA MINERVA HERNÁNDEZ HERRERA
SUBCOORDINADORA
PRESENTE.

En atención al correo electrónico de fecha 17 de febrero de 2021, mediante el cual remite la Solicitud de Información No. **0063700098021**, captada a través del Sistema de Solicitudes de Información (INFOMEX), del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) que a la letra dice:

"1.- ¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad. 2.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada. 3.- ¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada. 4.- ¿El ISSSTE cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla. 5.- ¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021? 6.- ¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021? 7.- ¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?" (Sic).



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD
TRABAJADORES ESTATALES



Dirección Normativa de Salud
Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud
Jefatura de Servicios
Jefatura de Departamento de Calidad de los Servicios de Atención Médica

Con respecto al punto 1.- **¿Cuál es el número de pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias por año, en el periodo que comprende 2010 a 2021?, se requerirá la cifra exacta, detallada por año y por enfermedad**, me permito informar a usted que después de una búsqueda exhaustiva y en apego a los **Artículos 141 y 143 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIP)**, se declara la **INEXISTENCIA** de forma inequívoca de la información solicitada, toda vez que no se cuenta con un censo de pacientes por diagnóstico, sin embargo, en apego al **Artículo 6 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIP)** y con la finalidad de cumplir con el principio de máxima publicidad, se pone a disposición del requirente la información de Egresos Hospitalarios en los Anuarios Estadísticos 2010 a 2019 a través de la siguiente liga.

<https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>

Requerimiento/Desglose	Capítulo de los Anuarios	Cuadros de los Anuarios
Egresos Hospitalarios 2010-2011 desglosado por: <ul style="list-style-type: none"> • Lista Mexicana • Sexo • Entidad Federativa • Unidad Médica 	21 "Resumen de Causas de Egresos"	21. "Resumen de Causas de Egresos Hospitalarios por Sexo Según Diagnóstico Hospitalares Propios y Subrogados"
Egresos Hospitalarios 2012-2019 desglosado por: <ul style="list-style-type: none"> • CIE-10 • Grupos de Edad • Sexo • Entidad Federativa • Unidad Médica 	27 "Morbilidad y Mortalidad CIE-10"	27.1 "Morbilidad Hospitalaria en los Hospitales del ISSSTE por CIE-10"

Es importante mencionar que la información correspondiente a 2020 y 2021 se encuentra en proceso de integración, por lo que estará disponible una vez que concluyan dichos procesos, lo cual no implica que el ISSSTE niegue la información.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SALUD SOCIALES Y DEL
TRABAJADOR



Dirección Normativa de Salud
Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud
Jefatura de Servicios
Jefatura de Departamento de Calidad de los Servicios de Atención Médica

Finalmente, para los puntos 2.- *¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con sobrepeso y obesidad?, favor de exponer las acciones de manera detallada.* 3.- *¿Qué estrategias implementan para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados por el ISSSTE con enfermedades no transmisibles, específicamente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemias?, favor de exponer las acciones de manera detallada.* 4.- *¿El ISSSTE cuenta con un registro exacto de los pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad, y el seguimiento que les ha dado?, si es así, se requiere acceso a la base de datos para analizarla.* 5.- *¿Qué políticas públicas o programas han instrumentado por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?* 6.- *¿Cómo se ha medido la efectividad de las políticas o programas implementadas por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?* 7.- *¿Cuáles son resultados obtenidos de las políticas o programas implementados por el ISSSTE para la prevención, el diagnóstico y la atención del sobrepeso y la obesidad, durante el periodo de 2010 a 2021?*, me permito informar a usted que después de una búsqueda exhaustiva y en apego al **Artículo 65, Fracción II de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIP)** se declara la **NO COMPETENCIA** de la información en las funciones asignadas a esta Jefatura de Departamento.

“La Unidad Administrativa reconoce que está obligada a sustanciar la respuesta que proporcione de manera completa y concisa, asumiendo la responsabilidad ante una posible inconformidad del solicitante con la respuesta otorgada”.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad de enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

**ACT. LOURDES CATALINA MAYORGA CERVANTES
JEFA DE DEPARTAMENTO**

C.c.p Dr. Ramiro López Elizalde.-Director Normativo de Salud.- Presente.
Mtra. Elsa Eréndida García Díaz.- Subdirectora de Gestión y Evaluación en Salud.-Presente.

Revisó: Act. Lourdes C. Mayorga Cervantes
Elaboró: C. Aline De La Rocha Mora

3