

COMISION DE SALUD
DIPUTADOS INTEGRANTES:
RAÚL AUGUSTO SILVA VELA
BALTAZAR VALENZUELA GUERRA
MIREYA ALMADA BELTRÁN
JOSÉ LUIS MARCOS LEÓN PEREA
ABEL MURRIETA GUTIÉRREZ
GUADALUPE ADELA GRACIA BENÍTEZ
PRÓSPERO MANUEL IBARRA OTERO

HONORABLE ASAMBLEA:

A los diputados integrantes de la Comisión de Salud de esta Sexagésima Legislatura, nos fue turnado por la Presidencia, para estudio y dictamen, escrito del diputado Raúl Augusto Silva Vela, el cual contiene iniciativa de Ley de Prevención, Atención y Combate a los Problemas de Obesidad para el Estado de Sonora.

En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 85, 92, 94, fracciones I y IV, 97 y 98 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Sonora, presentamos para su discusión y aprobación, en su caso, el presente dictamen al tenor de las siguientes:

PARTE EXPOSITIVA

El día 09 de mayo del año en curso, se presentó a esta Soberanía, la iniciativa referida con antelación, misma que se sustenta bajo los siguientes argumentos:

“La obesidad es una enfermedad muy compleja y, hasta ahora, muy poco entendida. La Organización Mundial de la Salud (OMC), la define como una condición en donde se presenta un exceso de tejido adiposo. Para describir dicha condición, utiliza las dimensiones del cuerpo, recurriendo al índice de masa corporal (IMC) como el mejor indicador de la grasa corporal. Por lo que, individuos con un IMC entre 26 y 29.9 se consideran con sobrepeso, aquellos que exceden de un IMC de 30 se les denomina obesos, los que rebasan los 40 se padecen de obesidad mórbida y los que sobrepasan los 50 se les considera con súper obesidad.

La obesidad central se refleja por el exceso de grasa visceral, esta se determina utilizando la circunferencia de cintura (CC) como parámetro de referencia. Una medición en la CC por encima de 90 cm en los hombres o de 80 cm en las mujeres indica obesidad central y se traduce como un incremento en el riesgo metabólico.

Desafortunadamente, la prevalencia de la obesidad ha tenido un incremento dramático y sin ser una enfermedad infecciosa, se ha diseminado como tal. Al respecto, se estima que existen más de mil cuatrocientos millones de individuos con sobrepeso y por lo menos 500 millones con obesidad, alrededor del mundo. En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), sumando las prevalencias de sobrepeso y obesidad, 73.0% de las mujeres mayores de 20 años de edad y 69.4% de los hombres en la misma edad, presentan alguna de estas 2 condiciones. Estos datos, coinciden con la prevalencia observada en los Estados Unidos, en donde sólo un tercio de la población adulta presenta un peso adecuado.

La población pediátrica presenta un comportamiento similar al de la población adulta en cuanto al incremento en la prevalencia de dicha enfermedad. De acuerdo a datos proporcionados por la ENSANUT 2006 en el grupo etario de 5 a 11 años las cifras de sobrepeso y obesidad superan el 31.05% en el Estado de Sonora, y es aún mayor en el grupo de adolescentes (12 a 19 años), alcanzando una prevalencia del 33.6 %.

Por otro lado, la obesidad está relacionada con serias complicaciones crónicas como Diabetes Tipo 2 (DT2), hipertensión y enfermedades cardiovasculares; debido principalmente al exceso de tejido adiposo. Por ejemplo, aproximadamente 90% de los pacientes con DT2 son obesos o lo fueron antes del diagnóstico, lo que indica que la obesidad es un factor de riesgo sin importar raza, edad o actividad física del sujeto.

Por sí misma, la obesidad ocasiona algún grado de Resistencia a la Insulina (RI) por distintos mecanismos. Aparentemente la RI es evidente en el desarrollo temprano de la obesidad (sobrepeso) y mucho antes que cualquier incidencia de diabetes. El exceso de tejido adiposo, principalmente en la cavidad abdominal, conduce a esta anormalidad en el metabolismo de los carbohidratos, lo que conduce a distintas alteraciones metabólicas y por lo tanto patologías.

Recientemente se ha descrito que la distribución de la grasa corporal afecta de forma diferenciada el metabolismo; en este sentido la obesidad central tiene mayor impacto que la periférica. Esto se debe a que la vena porta permite que los ácidos grasos libres de los depósitos centrales tengan acceso directo al hígado, donde se intensifica la producción de glucosa vía gluconeogénesis y al mismo tiempo de que se conducen la mayoría de las rutas metabólicas. Además, estos ácidos grasos pueden acumularse en hígado y generar otras complicaciones.

En condiciones naturales, el tejido adiposo participa en la regulación del metabolismo al producir hormonas y sustancias que intervienen en los procesos metabólicos. Cuando un individuo presenta obesidad, la producción del adipocito, de todas estas hormonas y sustancias se incrementa. De igual manera, se presenta un aumento de las concentraciones sanguíneas de ácidos grasos no esterificados. La persistencia de altas concentraciones de estos ácidos grasos representa el origen principal de la RI en los individuos con obesidad. Incluso, se sabe que el 75% de los casos de RI pueden ser explicados por la presencia de la obesidad.

Ahora bien, se sabe que la exposición prolongada, entre 10 y 20 años, a altas concentraciones de ácidos grasos libres, puede ocasionar defectos en las células β del páncreas. El proceso es conocido como lipotoxicidad y se produce cuando la acumulación anormal de triglicéridos en las células de este órgano impide la secreción normal de insulina. De esta forma las células β no son capaces de compensar la RI y se incrementa el riesgo a desarrollar diabetes tipo 2. De igual manera, la hiperglucemia crónica afecta gradualmente la función de las células β . Niveles permanentemente altos de glucosa, generan su infiltración a los espacios acuosos de la célula. La célula comienza a perder su capacidad de compensación, lo que conduce a una disminución en la producción de insulina a pesar de la presencia de hiperglucemias. A largo plazo, este daño da como resultado el agotamiento de las reservas insulinogénicas del páncreas. La incapacidad de la célula β de continuar con la hiperinsulinemia es el elemento clave para la aparición de la DT2.

Cabe destacar que la cronicidad en la obesidad es uno de los factores más importantes en el desarrollo de otras patologías, la presencia de esta condición en un individuo por un periodo de 10 años incrementa drásticamente el riesgo a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas. Esto cobra especial importancia cuando se trata de obesidad infantil; la presencia de obesidad en etapas tempranas de la vida determina un estado de salud mermado durante la vida adulta lo que se traduce en altos costos económicos y en una disminución en la calidad de vida de los individuos que la padecen.

Para tener una idea más clara de los problemas que acompañan a la obesidad, datos aportados por la OMS en el año 2008 refieren que el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la ya mencionada obesidad, se citan el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras. Aunado la evidencia muestra que, cuando se tratan otras amenazas a la salud, las personas pueden permanecer saludables en sus sesentas y ochenta años, a través de una serie de promociones saludables del comportamiento, incluyendo dietas sanas, actividad física adecuada y regularmente y evitando el uso del tabaco.

Asociado a las complicaciones de esta enfermedad se encuentra el alto costo que representa para el sector salud en nuestro país, para tener una idea más clara de las implicaciones en este ámbito en la actualidad se gastan 70 mil millones de pesos anuales para atender las enfermedades derivadas de la obesidad en todo el sector salud del país y que se calcula que al ritmo que va el aumento de este problema, el gasto puede llegar a 170 mil millones para el 2017.

El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención de diabetes mellitus tipo 2) se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008, al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos.

El costo para 2008 representó el 33.2% del gasto público federal en servicios de salud a la persona presupuestado en ese ejercicio fiscal. El costo indirecto por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 9,146 millones de pesos en el 2000 a 25,099 millones de pesos en el 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51%. Tan sólo en 2008 este costo indirecto afectó a 45,504 familias, las cuales probablemente enfrentarán una situación de gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud. Se estima que para el 2017 este costo indirecto alcanzará 72,951 millones (en pesos de 2008), con gastos catastróficos. El costo total del sobrepeso y la obesidad (suma del costo indirecto y directo) ha aumentado (en pesos de 2008) de 35,429 millones de pesos en 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en 2008. La proyección es que para el 2017 el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos.

Así las cosas, se estima que de no prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles, el gasto por atender el sobrepeso y la obesidad en nuestro Estado se duplicara de manera excesiva en los siguientes años.

Etiología

Aunque no se ha definido como la causa definitiva de la obesidad, se conocen ciertos factores de riesgo asociados a esta; en donde se incluyen factores genéticos y ambientales. El enorme incremento en la prevalencia de la obesidad en poblaciones, cuyos antecedentes genéticos han permanecido relativamente estables, aporta una confirmación que los agentes ambientales pueden tener una participación considerable. El proceso de modernización y reestructuración de la sociedad ha modificación los patrones de alimentación y actividad física tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

En la mayoría de los países, la industria alimenticia ha mejorado la disponibilidad a alimentos, principalmente de aquellos con una densidad energética elevada, mientras que los estilos de vida se convierten día a día en un proceso sedentario. Esto ha fomentado una ingesta calórica porque rebasa los requerimientos, aunado a la inactividad física que afecta de forma constate a la población en general; y como consecuencia se observa un desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico, lo que se cree es el principal factor para el desarrollo de la obesidad.

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud define claramente que la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido:

- Un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y*
- Un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.*

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación.

Factores Psicológicos

La complejidad de la obesidad se centra en que ésta tiene una connotación psicológica y emocional importante. Un individuo con obesidad reacciona de manera distinta a estímulos asociados a alimentos si se le compara con una persona no obesa. En distintos estudios se ha demostrado que los sujetos con obesidad ingieren alimentos influenciados fuertemente por su estado anímico, mientras que los sujetos sin obesidad tienden a consumir alimentos por la sensación de hambre y no se ve tan afectados por agentes externos.

La obesidad, al ser una enfermedad que implica factores emocionales y psicológicos por lo que debe ser atendida con un equipo multidisciplinario que permita abarcar de manera global esta patología.

Tratamiento

Para frenar la epidemia mundial de obesidad es necesaria una estrategia poblacional, multisectorial, multidisciplinaria y adaptada al entorno cultural

El Plan de Acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles constituye una hoja de ruta para el establecimiento y fortalecimiento de iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la obesidad.

Las cifras ascendentes de esta enfermedad y su morbi-mortalidad demuestran que se debe actuar de forma inmediata para detener esta pandemia. De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes, existen 5 criterios que se deben cumplir para justificar la implementación de programas de intervención. 1) Debe ser un problema de salud importante en la población que se traduzca en una carga para la misma. 2) Se deben tener suficientes conocimientos sobre la historia natural, permitiendo identificar los parámetros que evalúen su progreso. 3) Es necesario contar con métodos que permitan la identificación de estados previos a la enfermedad, que además, sean seguros y sensibles. 4) Contar con método(s) que permitan la prevención o el retraso de la manifestación de la enfermedad. Estos, deben ser seguros y fiables. 5) Por último, tanto los métodos para la identificación de individuos en riesgo como el tratamiento preventivo, deben ser costo-efectivos.

Concretamente, en la obesidad, se tiene suficiente evidencia de la evolución de enfermedad así como del impacto en la población que la padece. De igual manera, estudios clínicos han demostrado la eficacia de los programas de intervención. Sin embargo, no ha sido fácil probar la rentabilidad y el costo-efectividad de los tratamientos preventivos. No obstante, se conocen las repercusiones económicas que esta enfermedad representa para el país, y también

las complicaciones asociadas a la obesidad, mismas que afectan gravemente la calidad de vida de los que la padecen.

Por estas razones, es conveniente implementar programas que prevengan o corrijan la enfermedad. La prevención debe enfocarse a la modificación de estilos de vida; lo ideal sería contar con un equipo multidisciplinario que promueva estrategias que ayuden a realizar los cambios necesarios en los hábitos del individuo. Debido a que la obesidad es un factor de riesgo muy importante en el desarrollo de distintas patologías; la primer recomendación que se les hace a los sujetos con obesidad o sobrepeso es perder un 7% del peso corporal actual.

Otra estrategia importante en la prevención de obesidad es realizar actividad física, que además de ayudar en la reducción de masa corporal aporta grandes beneficios. Por ejemplo, la actividad física incrementa la sensibilidad a la insulina, disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, dislipidemias e hipertensión. Si no existen contraindicaciones para realizar ejercicio, el programa de prevención de diabetes (DPP, por sus siglas en inglés) recomienda practicar como mínimo 150 min de ejercicio a la semana. En cuanto al tipo de ejercicio, se han encontrado mayores beneficios cuando se combinan ejercicios de resistencia y aeróbicos. La recomendación general es realizar 30 min diarios de un ejercicio moderado (50 a 70% de la máxima frecuencia cardíaca).

Autores consideran a la educación nutricional como parte esencial del tratamiento integral de la obesidad; es decir, que para una mayor efectividad de su tratamiento sería prioritario un equipo multidisciplinar capacitado para combinar una dieta adecuada con un incremento de la actividad física y una formación sanitaria que modifiquen los hábitos alimentarios y estilos de vida de los pacientes y/o familias. Para la solución de esta problemática, investigaciones recientes han utilizado herramientas diversas, abocadas a combatir los factores de riesgo que pueden predisponer al desarrollo de sobrepeso y obesidad.

Intervenciones aisladas en población pediátrica con actividad física no presentaron efecto significativo en la reducción del índice de masa corporal. Resultado semejante se observó en las intervenciones aisladas con educación nutricional. Al combinarse las intervenciones con actividad física y educación nutricional, se presentó un efecto estadísticamente significativo en la reducción del índice de masa corporal en escolares.

Recientemente se realizó un estudio donde se aplicó un programa en donde los participantes (8 a 16 años) del grupo de intervención recibieron un curso intensivo basado en la familia, rutina de ejercicio, talleres de nutrición y talleres para la modificación del comportamiento. La intervención se promovió dos veces por semana en los primeros 6 meses, a partir de entonces cada dos meses. Por otro lado, a los participantes del grupo control se les proporcionó únicamente un plan alimenticio, sin embargo no hubo apego por parte de los mismos. A los 6 meses fue posible apreciar mejoras, las cuales se mantuvieron hasta los 12 meses.

Durá T. realizó un programa de tratamiento basado en la educación nutricional, autocontrol y seguimiento intensivo. La muestra constaba de 60 participantes entre 6 y 13 años, durante un periodo de 24 meses, en donde se observó una reducción significativa del Índice de Masa Corporal basal en el 60% de los participantes a los 12 y 24 meses del tratamiento. Con una tasa de abandono nula al concluir el primer año del programa. La buena aceptación y/o adhesión al programa de tratamiento, permitió inculcar una educación sanitaria a los participantes.

En el 2003 Ebbeling C. realizó una investigación comparando dos grupos con diferentes estrategias dietéticas, en el primero se redujo carga glucémica de la dieta y en el segundo grupo fue reducida la ingesta de grasas, además ambas intervenciones fueron acompañadas de un tratamiento conductual. No obstante, solo obtuvieron cambios significativos del IMC y masa grasa a los 12 meses en el primer grupo.

La Organización Mundial de la Salud define a la obesidad como una enfermedad crónica por lo que el tratamiento no va más allá de perder el excedente de peso no deseado, sino que el tratamiento debe ser enfocado al cambio de actitudes, hábitos y valores por el resto de vida del paciente.

- *La mayor parte de los pacientes con obesidad pueden ser tratados de manera exitosa por un equipo multidisciplinario de primer nivel de atención, ya que en realidad serán escasos los casos que requieran la intervención de un especialista.*
- *El plan de acción debe enfocarse a los siguientes objetivos:*
 - *Identificar las causas que han llevado a la persona a la obesidad. Es probable que las causas sean muy variadas.*
 - *Reiterar el motivo por el que el paciente desea perder peso para poder enfatizar los beneficios y probablemente poder incentivar y motivar más al paciente.*
 - *Examinar los distintos medios para facilitar la pérdida de peso (actividad física).*
 - *Proponer metas realistas para la pérdida de peso.*

Los estudios constatan que las intervenciones con un enfoque integral que abarquen tanto nutrición, actividad física y cambios en el comportamiento han tenido un mayor éxito en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. En el presente trabajo se desarrolla la aplicación y evaluación de un programa de esta índole.

En este escenario, al revisar los Planes de Desarrollo Nacional (2006-2012) y algunos estados se constató lo siguiente:

- *Las referencias apolíticas concretas para solucionar o paliar esta problemática son pocas y no pasan de ser recomendaciones de acciones poco prácticas.*
- *Se encontró que entre las escasas políticas existentes en este sentido, pocas han sido efectivas en su aplicación.*
- *En cuanto a las leyes de salud nacional y estatales, las recomendaciones continúan siendo en la mayoría de los casos solo para paliar la problemática.*
- *Se encontró que las acciones que recomiendan no tienen en la mayoría de los casos la participación de más de una dependencia, casi siempre la salud, y se olvida de incentivar la sinergia con la dependencia encargada de deportes y con la educación.*

Tenemos pues que reforzar con un marco jurídico integral fuerte que le permita a Sonora no vivir el escenario que se vive en el entorno nacional con esta problemática, sino que le permita tener una plataforma sólida en la implementación de estos programas y que avancemos de manera ascendente en la solución.

Es por esto que el objetivo más importante de la presente iniciativa está enfocado a la disminución de estas enfermedades.

Hipertensión, daños al sistema nervioso central, padecimientos hepáticos, gástricos y cardíacos, son algunas de las consecuencias de padecer obesidad. Esta enfermedad, acentuada por cuestiones genéticas, trastornos alimenticios, falta de ejercicio, y en general, por un desbalance en la rutina de alimentación y una vida sedentaria.

Numerosas han sido las voces que se han alzado, alertando a la población sobre los problemas que la obesidad y el sobrepeso conllevan, y en ese sentido, existen a nivel federal muchos programas de concientización dirigidos a la población, informando sobre los riesgos de padecer esta condición motivo también por el cual se hace necesaria la actualización del acervo legislativo en Sonora a efecto de contemplar una normatividad especial para este tema tan importante.

Este sentido, la presente iniciativa de Ley, consta de 14 artículos contemplados en 3 capítulos. El capítulo primero está dedicado a las disposiciones generales y principalmente a establecer el objeto de la ley, mismo que engloba 5 ejes o funciones fundamentales:

I.- Proporcionar un marco jurídico que permita desarrollar los mecanismos y las herramientas necesarias para prevenir y atender integralmente la obesidad, el sobrepeso y los trastornos alimenticios en el Estado, así como para promover entre sus habitantes la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales correctos;

II.- Determinar las bases generales para el diseño, la ejecución y evaluación de las estrategias y programas públicos que tengan como objetivo prevenir y atender integralmente la obesidad, el sobrepeso y los trastornos alimenticios, así como cualquier actividad pública tendiente a promover la adopción de los hábitos alimenticios y nutricionales correctos en la población;

III.- Establecer la obligación de las autoridades, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, de prevenir y atender integralmente la obesidad, el sobrepeso y los trastornos alimenticios, así como fomentar de manera permanente e intensiva la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales correctos, en los términos establecidos en la presente Ley, y

IV.- Fijar las medidas generales de carácter administrativo para la prevención y atención integral de la obesidad, el sobrepeso y los trastornos administrativos, así como para el fomento de hábitos alimenticios y nutricionales correctos en los habitantes del estado.

Seguidamente, el capítulo 2 establece las disposiciones generales para la prevención y combate de la obesidad, sobrepeso y trastornos alimenticios así como las funciones del Estado, a través de la Secretaría de Salud así como de la Secretaría de Educación y Cultura para llevar a cabo los programas y servicios de salud necesarios para la prevención de dichas enfermedades, entre los que debe destacarse aquellos programas de atención gratuita que sean considerados como graves, con el objeto de brindar atención inmediata y adecuada a aquellas personas que padezcan obesidad excesiva y que pueda poner en riesgo su vida.

Por último, el capítulo 3 dedica su texto a la creación del Consejo para la Prevención y la Atención Integral de la Obesidad y los Trastornos Alimenticios y establece su forma de organización, las funciones que desempeñará y sus obligaciones.”

Derivado de lo expuesto, esta Comisión somete a consideración del Pleno de este Poder Legislativo el presente dictamen, mismo que se funda en las siguientes:

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Es facultad constitucional y de orden legal de los diputados al Congreso del Estado, iniciar ante este Órgano Legislativo, las leyes, decretos o acuerdos de observancia y aplicación en el ámbito jurisdiccional del Estado, atento a lo dispuesto por los artículos 53, fracción III de la Constitución Política del Estado de Sonora y 32, fracción II de la Ley Orgánica del Poder Legislativo.

SEGUNDA.- Conforme al orden jurídico local, es potestad constitucional exclusiva de este Poder Legislativo discutir, aprobar y expedir toda clase de leyes, decretos y acuerdos de observancia y aplicación en el ámbito territorial del Estado, siendo materia de ley toda resolución que afecte a las personas en general, de decreto la que otorgue derechos o imponga obligaciones a personas determinadas, y de acuerdo en los demás casos, según lo dispuesto por el artículo 52 de la Constitución Política del Estado de Sonora.

TERCERA.- Corresponde a esta Soberanía velar por la conservación de los derechos de los ciudadanos y habitantes del Estado y proveer, por cuantos medios estén a su alcance, a su prosperidad general, pudiendo concurrir con los demás poderes del Estado y gobiernos municipales, a la consecución de los fines y propósitos que redunden en beneficio de la colectividad, conforme a lo dispuesto por el artículo 64, fracción XXXV, de la Constitución Política del Estado de Sonora.

CUARTA.- El derecho a la salud de la población del Estado de Sonora es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo objeto es señalar un conjunto de atribuciones al aparato estatal que permitan proporcionar, propiciar y garantizar las condiciones necesarias a efecto de que la salud de la población esté protegida, con mejores acciones de prevención y atención de la salud.

QUINTA.- La obesidad es una de las enfermedades con mayor crecimiento alrededor del mundo y México no se ha escapado de esta enfermedad, abarcando dicho término a aquellos individuos con un índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m².

La obesidad es el problema de nutrición más común. Se define como obesidad al aumento de peso como consecuencia del almacenamiento de grasa, generalmente ocasionado por un desequilibrio entre la cantidad de energía que el organismo recibe con los alimentos y la que pierde a través de la actividad física y los procesos metabólicos básicos.

Los cambios que ocurren en el organismo como consecuencia del aumento de peso, hacen que los pacientes que la padecen desarrollen alteraciones metabólicas y funcionales que, nombrados desde la cabeza a los pies, son los que favorecen el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial (presión alta), aumento en el colesterol y triglicéridos de la sangre, desarrollo de infarto del corazón, problemas pulmonares, hígado graso y muerte prematura, a consecuencia de éstas y otras enfermedades.

De acuerdo con estudios realizados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) 2 de cada 3 mexicanos tiene sobrepeso y obesidad y las instituciones de salud en nuestro país se han enfrentado al reto de atender a pacientes con obesidad mórbida.

El tratamiento en esta fase exige una infraestructura avanzada y muy sólida. Requiere de hospitales provistos de áreas, instrumental y equipo apropiados, para ofrecer una estancia cómoda y segura; además de un equipo multidisciplinario dentro de los que destacan cirujanos y anestesiólogos con la suficiente capacidad y experiencia para el manejo seguro de esta población de individuos, sin duda de muy alto riesgo.

La obesidad es una de las enfermedades que ha mostrado mayor aumento alrededor del mundo. Su frecuencia y gravedad han logrado tal magnitud que la Organización Mundial de la Salud la ha considerado un problema de salud pública. En la actualidad, constituye la segunda causa de muerte después del tabaquismo. La Organización Mundial de la Salud indica que en 2005 había en todo el mundo, aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y, al menos, 400 millones de adultos obesos. Ahora, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Sin duda, la obesidad se ha convertido en un problema prioritario de salud pública. La obesidad sigue en permanente aumento en toda la población, por lo que la Organización Mundial de la Salud la ha clasificado entre los diez principales riesgos para la salud en todo el mundo y la Secretaría de Salud del gobierno federal la destaca como la principal causa de muerte en México.

En la actualidad, se estima que actualmente en nuestro país tres de cada diez niños sufren de algún grado de sobrepeso u obesidad al llegar a los 12 años. Según la encuesta

Nacional de Salud (2006) los casos de obesidad aumentaron agresivamente con un 77% para los niños y un 47% en niñas entre los 5 y 11 años de edad.

La obesidad y el sobrepeso son el principal problema de Salud Pública en México pues nuestro país es el primer lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso y segundo en adultos. México gasta 7% del presupuesto destinado a salud para atender la obesidad, solo debajo de Estados Unidos que invierte el 9%.

En cuanto a los estados con mayor índice de sobrepeso y obesidad se encuentran algunas entidades del norte de la república mexicana, donde nuestro estado ocupa el primer lugar a nivel nacional en obesidad, el 74% de los sonorenses sufren problemas de sobrepeso y obesidad; y cuatro de cada diez niños tienen este grave problema.

Según estudios realizados por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, se ha demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes, ciertos tipos de cáncer, artritis, gota y enfermedad vesicular y produce efectos psicosociales que afectan la calidad de vida de las personas, como baja autoestima, depresión y sentimientos de culpa. Los riesgos para la salud asociados al exceso de grasa corporal ocurren con aumentos relativamente pequeños de peso y no solamente cuando este exceso representa una franca obesidad.

Se ha observado que aún una disminución discreta pero significativa del peso en las personas obesas, ayudan a normalizar la presión arterial, los niveles de colesterol sanguíneo y la glicemia. Esto es particularmente importante en la diabetes, si se recuerda que para prevenir las graves complicaciones de esta enfermedad es indispensable mantener la presión arterial, los lípidos sanguíneos y la glicemia dentro de niveles normales; esto sin contar que los gastos por enfermedades relacionadas con la obesidad son de entre 22% y 34% superiores en el ingreso familiar y que tres de cada cuatro camas de hospital, las ocupan pacientes con enfermedades relacionadas con la obesidad y que el reducir el exceso de peso con un tratamiento dietético y de actividad física es de alto costo, lento y difícil de mantener en el tiempo.

Ante tal problemática, esta Comisión dictaminadora, al entrar al análisis de la iniciativa en comento, comparte y retoma lo vertido en la exposición de motivos del presente dictamen, ya que son alarmantes las cifras de obesidad en nuestro Estado. Sobre el particular, hemos de mencionar que este Poder Legislativo, en legislaturas anteriores, ha realizado diversas acciones legislativas para combatir y reducir los número de personas que sufren de obesidad; al efecto, debemos señalar que en el 2005, esta Soberanía aprobó, mediante el Decreto número 225, la adición de la fracción II Bis al artículo 19 de la Ley de Educación para el Estado de Sonora, la cual tuvo como finalidad establecer las herramientas adecuadas para regular, mediante lineamientos precisos, la venta de alimentos con bajo o nulo valor nutricional en las tiendas escolares de nivel básico de nuestro Estado, estableciendo además, acciones para informar responsablemente y fomentar una alimentación nutritiva en los educandos, como un complemento a la educación que actualmente reciben; posteriormente, en mayo de 2008, se aprobó el Decreto número 121, reformó diversas disposiciones de la Ley de Salud Para el Estado de Sonora, con la finalidad, de establecer de manera específica, la obligación de instaurar programas de prevención y atención a las enfermedades cardiovasculares, de obesidad y diabetes. Otra acción legislativa que debemos señalar fue la efectuada en junio de 2010, mediante la aprobación del Decreto número 49, con el que se reformó la fracción II Bis y se adicionó una fracción II Bis A al artículo 19 de la Ley de Educación y se adicionó un artículo 89 Bis a la Ley de Salud del Estado de Sonora, con la finalidad de prohibir la venta y consumo de alimentos con bajo o nulo valor nutricional en las tiendas escolares y, en general, en los espacios en donde se expenden o consumen alimentos en las instituciones de nivel básico. Finalmente, en junio de 2011, se aprobó el diverso Decreto número 107, que reformó el artículo 148 BIS y adicionó un artículo 148 BIS 1 a la Ley de Salud para el Estado de Sonora, con la finalidad de contemplar programas orientados a la prevención de la diabetes, así como la implementación de actividades de investigación en dicho tema.

En esa tesitura y bajo los argumentos expresados, los integrantes de esta dictaminadora estimamos viable la iniciativa planteada y su correspondiente aprobación por parte del Pleno de esta Soberanía, ya que estamos seguros que proporcionaremos un marco jurídico que permitirá desarrollar mecanismos y herramientas necesarias para prevenir y atender integralmente la obesidad, sobrepeso y los trastornos alimenticios en nuestro Estado, promoviendo entre sus habitantes, la adopción de buenos hábitos alimenticios y nutricionales, lo cual, evidentemente, redundará en el beneficio de la sociedad sonorense, contribuyendo a generar las condiciones para que quienes habitamos en Sonora, podamos tener un crecimiento y desarrollo plenos, no sólo durante su niñez sino también en su vida adulta, cumpliendo así con el imperativo que establece el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece la obligación del Estado de proveer lo necesario para propiciar el ejercicio pleno del derecho a la salud.

En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 52 de la Constitución Política del Estado de Sonora, sometemos a consideración del Pleno el siguiente proyecto de:

LEY

DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y COMBATE A LOS PROBLEMAS DE OBESIDAD PARA EL ESTADO DE SONORA

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público, de interés social y de observancia general en el Estado. La aplicación de la presente Ley corresponde al Gobierno del Estado, en el ámbito de sus respectivas competencias, de conformidad a lo establecido en la Ley General de Salud, la Ley de Salud para el Estado de Sonora y las Normas Oficiales Mexicanas en la materia.

Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto:

I.- Proporcionar un marco jurídico que permita desarrollar los mecanismos y las herramientas necesarias para prevenir y atender integralmente la obesidad, el sobrepeso, la obesidad mórbida, la súper obesidad y los trastornos alimenticios en el Estado, así como para promover en sus habitantes, la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales correctos;

II. Determinar las bases generales para el diseño, la ejecución y evaluación de las estrategias y programas públicos que tengan como objetivo prevenir y atender integralmente la obesidad, el sobrepeso, la obesidad mórbida, la súper obesidad y los trastornos alimenticios, así como cualquier actividad pública tendiente a promover la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales correctos en la población;

III. Establecer la obligación de las autoridades, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, de prevenir y atender integralmente la obesidad, el sobrepeso, la obesidad mórbida, la súper obesidad y los trastornos alimenticios, así como fomentar, de manera permanente e intensiva, la adopción de hábitos alimenticios y nutricionales correctos, en los términos establecidos en la presente Ley; y

IV. Fijar las medidas generales de carácter administrativo para la prevención y atención integral de la obesidad, el sobrepeso, la obesidad mórbida, la súper obesidad y los trastornos alimenticios, así como para el fomento de hábitos alimenticios y nutricionales correctos en los habitantes del Estado.

Artículo 3.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por:

I. Consejo: Consejo para la Prevención, Atención y Combate Integral de la Obesidad, Sobrepeso y Trastornos Alimenticios;

II. Secretaría.- Secretaría de Salud del Estado;

III. Programa.- Programa para la prevención y combate de la obesidad, sobrepeso y trastornos alimenticios;

IV. Sobrepeso.- Es el exceso de peso en relación con la edad y estatura de la persona;

V. Obesidad.- Es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina cuando el índice de masa corporal en adultos es mayor de 30;

VI. Obesidad mórbida.- Es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina cuando el índice de masa corporal en adultos es mayor de 40;

VII. Súper obesidad.- Es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina cuando el índice de masa corporal en adultos es mayor a 50; y

VIII. Trastorno alimenticio.- Perturbaciones psicológicas que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta.

Artículo 4.- El Gobierno del Estado y los gobiernos municipales, en el marco del sistema de salud, están obligados a propiciar, coordinar y supervisar la participación de los sectores privado, público y social, en el diseño, ejecución y evaluación del Programa para la Prevención y Combate de la Obesidad, Sobrepeso y Trastornos Alimenticios.

Artículo 5.- El Programa será el instrumento principal de acción gubernamental en materia de esta Ley y deberá ser incluido como un apartado específico de los programas de gobierno, auspiciándose el presupuesto que para el efecto se estime necesario.

CAPÍTULO II

DE LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y COMBATE DE LA OBESIDAD, SOBREPESO, OBESIDAD MÓRBIDA, SUPER OBESIDAD Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

Artículo 6.- Corresponde al Gobierno del Estado, a través de la Secretaría:

I. Formular el Programa;

II. Garantizar la disponibilidad de servicios de salud para la prevención y combate de la obesidad, sobrepeso, obesidad mórbida, súper obesidad y trastornos alimenticios;

III. Promover, amplia y permanentemente, la adopción social de los hábitos alimenticios y nutricionales correctos en colaboración de las autoridades educativas del Estado;

IV. Diseñar, promover y aplicar programas de atención gratuita a casos de obesidad que sean considerados por el Consejo;

V. Motivar y apoyar la participación social, pública y privada en la prevención y combate de la obesidad, sobrepeso, obesidad mórbida, súper obesidad y trastornos alimenticios;

VI. Garantizar el conocimiento, difusión y acceso a la información de la sociedad en general, en materia de prevención y combate de la obesidad, sobrepeso, obesidad mórbida, súper obesidad y trastornos alimenticios;

VII. Estimular las tareas de investigación y divulgación en materia de obesidad, sobrepeso y obesidad mórbida, súper obesidad y trastornos alimenticios;

VIII. Formular, integrar y administrar el padrón de beneficiarios del programa;

IX. Implementar, en coordinación con la Secretaría de Educación y Cultura, programas de capacitación y orientación, a la comunidad escolar y docente, sobre la importancia en la prevención y combate de la obesidad, sobrepeso, obesidad mórbida, súper obesidad y trastornos alimenticios; y

X. Las demás que le reconozcan esta Ley y otras normas aplicables.

Artículo 7.- La Secretaría deberá elaborar un padrón del programa, el cual contemplará una bitácora en la que se registre el historial de atención médica del beneficiario, con el objeto de estar en condiciones de conocer la evolución y comportamiento de la salud del paciente, así como la posibilidad de contar con estadísticas de seguimiento en el Estado que sirvan como sustento real para la toma de decisiones en esta materia de manera oportuna.

Artículo 8.- Corresponde al Gobierno del Estado, a través de la Secretaría de Educación y Cultura:

I. Realizar campañas de difusión en los planteles escolares en la Entidad, tanto de educación pública como privada, previa celebración de los convenios respectivos, sobre el mejoramiento de los hábitos alimenticios de los estudiantes de todos los niveles educativos, particularmente respecto a la prevención de la obesidad, el sobrepeso y los trastornos alimenticios; y

II. Incentivar la práctica del ejercicio y el deporte a través de la realización de campañas de promoción, como una medida para prevenir y contrarrestar el sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimenticios, poniendo énfasis en la población infantil y adolescente.

CAPÍTULO III

DEL CONSEJO PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y COMBATE INTEGRAL DE LA OBESIDAD SOBREPESO Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

Artículo 9.- Se crea el Consejo para la Prevención, Atención y Combate Integral de la Obesidad, Sobrepeso y Trastornos Alimenticios, como una instancia colegiada permanente de diseño, consulta, evaluación y coordinación de las estrategias y programas en materia de prevención y atención integral del sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimenticios en el Estado.

Artículo 10.- El Consejo está integrado por:

I. El Gobernador del Estado, como Presidente;

II. El Secretario de Salud del Estado, como Vicepresidente.

III. El Secretario de Educación y Cultura.

IV. El Subdirector de Obesidad de la Secretaría de Salud, como Secretario Técnico.

V. Un representante del sector social y un representante del sector privado, nombrados por el Ejecutivo.

Todos los integrantes del Consejo tienen carácter honorario y cuentan con los mismos derechos de voz y voto. Por cada miembro titular del Consejo se nombrará a un suplente, quien ejercerá sus funciones en ausencia de aquél.

A las reuniones del Consejo podrán ser invitados especialistas, funcionarios públicos o representantes de instituciones de educación superior, entre otros, cuya trayectoria profesional o actividades los vincule con los objetivos del Consejo.

Artículo 11.- El pleno del Consejo sesionará ordinariamente dos veces al año y, de manera extraordinaria, cada vez que lo convoque el Secretario Técnico.

El Consejo podrá crear comités y grupos de trabajo, tanto de carácter permanente como transitorio, para el estudio y atención de los asuntos específicos relacionados con sus atribuciones.

La integración de los comités, así como la organización y funcionamiento del Consejo, se sujetará a lo que disponga su Reglamento Interno, que deberá ser elaborado por el Secretario Técnico y aprobado de conformidad a lo dispuesto en esta Ley.

El consejo contará con un Secretario Técnico, cuyas facultades, así como las del Presidente y demás integrantes, se establecerán en el Reglamento Interno.

Artículo 12.- Los representantes del sector social y privado deberán contar con experiencia y conocimientos especializados en materia de obesidad, sobrepeso y trastornos alimenticios, así como en el fomento y adopción social de hábitos alimenticios correctos.

Artículo 13.- El Consejo tendrá las siguientes funciones:

I.- Diseñar y evaluar políticas de prevención y atención integral relacionadas con la obesidad, el sobrepeso, la obesidad mórbida, la súper obesidad y los trastornos alimenticios, así como en materia del fomento y adopción social de hábitos alimenticios y nutricionales correctos;

II. Funcionar como un organismo de consulta permanente en materia de estrategias y programas encaminados hacia la prevención y atención integral de la obesidad, el sobrepeso, la obesidad mórbida, la súper obesidad, y los trastornos alimenticios;

III. Desempeñarse como un organismo de vinculación entre los sectores público, social y privado, en materia de prevención y atención integral de la obesidad, el sobrepeso, la obesidad mórbida, la súper obesidad y los trastornos alimenticios, así como de fomento y adopción social de hábitos alimenticios y nutricionales correctos;

IV. Proponer la firma de acuerdos, convenios, bases de colaboración o los instrumentos jurídicos que se requieren para la prevención y atención integral de la obesidad, el sobrepeso, la obesidad mórbida, la súper obesidad y los trastornos alimenticios con instituciones y organismos de los sectores público, social y privado, así como con otras entidades de la Federación u organismos internacionales;

V. Expedir su reglamento interno; y

VI. Las demás que le correspondan conforme a la Ley.

Artículo 14.- El Consejo tendrá las siguientes obligaciones:

I. Gestionar recursos públicos y privados para dar apoyo a aquellas personas que necesiten algún tipo de operación por obesidad, previo estudio socioeconómico que demuestre que son personas de escasos recursos.

II. La creación de un manual donde se contemplen los procedimientos con los cuales se brindará la atención integral y las responsabilidades y funciones del equipo multidisciplinario.

III. La creación de programas enfocados a madres para informar sobre la importancia de la lactancia.

IV. Exhortar a las instituciones públicas y privadas a tener espacios dentro de sus instalaciones designados como lactarios.

V. Estar en constante vigilancia de las clínicas estatales y municipales para que éstas cuenten con un equipo multidisciplinario conformado como mínimo por: nutriólogo clínico, médico integrista, psicólogo clínico y activador físico.

El equipo multidisciplinario decidirá si es necesaria la intervención de un médico especialista y solicitará su participación a través del Consejo.

TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO.- La presente Ley entrará en vigor a los 60 días hábiles después de su publicación en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado.

ARTÍCULO SEGUNDO.- El Consejo deberá quedar instalado a más tardar 60 días hábiles después de la entrada en vigor de la presente Ley.

ARTÍCULO TERCERO.- El Consejo contará con un plazo de 60 días hábiles, contado a partir de su instalación, para aprobar su reglamento interno.

ARTÍCULO CUARTO.- El Consejo contará con un plazo de 90 días hábiles, contado a partir de su instalación, para elaborar el manual de procedimientos y funciones.

A P E N D I C E

LEY 82, B. O. No. 51, sección IX, de fecha 27 de junio de 2013.

I N D I C E

LEY DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y COMBATE A LOS PROBLEMAS DE OBESIDAD PARA EL ESTADO DE SONORA.....	10
CAPÍTULO I.....	10
DISPOSICIONES GENERALES.....	10
CAPÍTULO II.....	11
DE LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y COMBATE DE LA OBESIDAD, SOBREPESO, OBESIDAD MÓRBIDA, SUPER OBESIDAD Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS.....	11
CAPÍTULO III.....	12
DEL CONSEJO PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y COMBATE INTEGRAL DE LA OBESIDAD SOBREPESO Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS.....	12
TRANSITORIOS.....	14