



Colima

GOBIERNO DEL ESTADO
PODER EJECUTIVO

GOBERNADORA CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE COLIMA
INDIRA VIZCAÍNO SILVA

SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO Y
DIRECTOR DEL PERIÓDICO OFICIAL
ALBERTO ELOY GARCÍA ALCARAZ

Las leyes, decretos y demás disposiciones obligan y surten sus efectos desde el día de su publicación en este Periódico, salvo que las mismas dispongan otra cosa.

www.periodicooficial.col.gob.mx

EL ESTADO DE COLIMA

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO
CONSTITUCIONAL DEL ESTADO



EDICIÓN EXTRAORDINARIA

JUEVES, 29 DE FEBRERO DE 2024

TOMO CIX
COLIMA, COLIMA

NÚM.

18

32 págs.



EL ESTADO DE COLIMA

www.periodicooficial.col.gob.mx

SUMARIO

**DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE BIENESTAR, INCLUSIÓN SOCIAL Y MUJERES**

REGLAS DE OPERACIÓN PROGRAMA: "MI COLIBECA PARA EMPEZAR".

Pág. 3

SECRETARÍA DE SALUD

REGLAS DE OPERACIÓN: "OPERACIÓN SALUD TAMIZAJE".

Pág. 13

**DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE BIENESTAR, INCLUSIÓN SOCIAL Y MUJERES**

REGLAS

DE OPERACIÓN PROGRAMA: “MI COLIBECA PARA EMPEZAR”.

**REGLAS DE OPERACIÓN PROGRAMA:
“MI COLIBECA PARA EMPEZAR”.**

1. INTRODUCCIÓN

El Programa “Mi colibeca para empezar” para estudiantes de educación básica de nivel preescolar y primaria de sostenimiento público, es una iniciativa del Gobierno del Estado de Colima, que se crea como parte de los objetivos de Gobierno de la Transformación Encabezado a nivel Estatal por la Mtra. Indira Vizcaíno Silva y que a través de la Secretaría de Bienestar, Inclusión Social y Mujeres (SEBIINSOM), tiene el objetivo de apoyar a las familias de las y los estudiantes de educación básica de nivel preescolar y primaria de las escuelas con sostenimiento público, con la finalidad de ampliar las oportunidades, promover la equidad, la accesibilidad en el derecho a la educación y garantizar la permanencia en la educación pública básica. Es por ello que con el fin de generar políticas públicas que permitan la consolidación de un verdadero estado de bienestar para las y los colimenses se crean estas iniciativas que tienen el propósito de contribuir a que las y los estudiantes permanezcan y/o concluyan sus estudios mediante el otorgamiento de apoyos económicos.

Así mismo, el Programa se basa en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, emitida por la Organización de las Naciones Unidas, y se vincula al Objetivo 4 Educación de Calidad, con el que se enfoca en: “Asegurar una educación inclusiva, eficaz para promover el desarrollo sostenible”. Y se relaciona con las siguientes metas: 4.1 “De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa de calidad y producir resultados de aprendizaje pertinentes y efectivos”, 4.2 De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria. De igual manera, impacta con el Objetivo 10 Reducción de las desigualdades: “Reducir la desigualdad en y entre los países”; en especial en la meta 10.2 “De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición”. (Naciones Unidas, 2023)

El Estado Mexicano también se ha interesado en promover y garantizar la educación ya que esta es significativa, por ello en el artículo 3° párrafo I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que: “Toda persona tiene derecho a la educación”. En el párrafo II, expone que: además de obligatoria, será universal, inclusiva, pública, gratuita y laica. (Cámara De Diputados LXV Legislatura, 1917)

Por otra parte, el derecho a la educación se encuentra amparado igualmente por la Ley General de Desarrollo Social, manifiesta en el artículo 1, fracción I, que se debe: “Garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, asegurando el acceso de toda la población al desarrollo social”. De la misma forma, en el artículo 6, dice que: “Son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación nutritiva y de calidad, la vivienda digna y decorosa, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. (Cámara De Diputados LXV Legislatura, 2004)

De hecho, la educación es un derecho humano que le permite a cada persona realizarse y superar las desigualdades para asegurar un mejor futuro. Por lo tanto, en un Estado donde se brinda oportunidades para que las personas salgan adelante hace que los niveles de violencia disminuyan y la sociedad se convierta en una cultura de paz.

En el ámbito Estatal, la Ley de Desarrollo Social para el Estado de Colima, señala en su artículo 3, fracciones I y II, cuáles son las premisas de los aspectos de desarrollo social que se deben llevar a cabo: “I.- Satisfacer las necesidades materiales básicas de la población, esencialmente en los ámbitos de alimentación, salud, educación, vivienda, medio ambiente sano, trabajo, seguridad social e infraestructura social” y II.- “Erradicar la inequidad social derivada de condiciones de sexo, edad, origen étnico, religioso, orientación sexual o condición física, respetando la pluralidad y diversidad” y en el artículo 6, manifiesta que se debe “Garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, asegurando el acceso de toda la población al desarrollo social”; y que, “Son derechos para el desarrollo social, la educación, la salud, la alimentación nutritiva y de calidad, la vivienda digna y decorosa, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, respectivamente. (H. Congreso del Estado de Colima, 2008)

El Plan Estatal de Desarrollo 2021-2027 para el Estado de Colima, en conjunto con los fundamentos que se ubican en supra líneas reconocen la trascendencia que tiene la educación. En el Eje 1 de este plan denominado “Bienestar para todas y todos”, menciona que Colima destaca en materia educativa, De esta forma y de conformidad con la política social planteada en el Plan Nacional de Desarrollo tiene como objetivo favorecer a los más desprotegidos y alcanzar mayores condiciones de igualdad y justicia social, por lo que a través de “mi colibeca para empezar” se busca consolidar un estado de Bienestar, para las familias de las y los estudiantes, por eso para este gobierno es primordial el apoyar a las familias de las y los niños colimenses para generar una educación de calidad en el Estado.

De igual forma, se pretende fomentar la igualdad y restaurar el tejido social pues muchas de las familias colimenses se han visto afectadas por la situación económica que ha hecho que las y los estudiantes abandonen la escuela por falta de recursos.

En términos del desarrollo social es indispensable garantizar los derechos humanos en el Estado de Colima, con el objetivo de lograr una transformación con igualdad, equidad, justicia social, reconocimiento de la diversidad, cohesión comunitaria e integración social para que todas y todos los ciudadanos sean personas con plenos derechos incluyendo los grupos de atención prioritaria. En el objetivo temático de Educación, se sitúan la Línea de acción número 2: “Promover que las y los estudiantes no abandonen la escuela por falta de recursos”; (Gobierno del Estado de Colima, 2021)

Una de las finalidades de este Programa es motivar a las familias a priorizar los estudios de las y los estudiantes colimenses y con ello tengan las mismas oportunidades de crecimiento y desarrollo escolar. Por lo que en este programa se beneficiará a 15,358 estudiantes de preescolar y a 51,082 de nivel primaria que en conjunto con los que reciben una Beca por parte de Gobierno de México se logra una universalidad de apoyo económico a las familias, por lo tanto, la implementación de un programa de becas económicas para el alumnado de preescolar y primaria que no perciben la beca de Bienestar Benito Juárez, impactará de manera directa a más de 66,440 beneficiarios, mejorando su acceso a la educación y reduciendo las barreras económicas que pueden afectar negativamente a las y los estudiantes y sus familias.

Este es un Programa que tendrá una inversión de recursos Estatales de hasta \$140,000,000.00 (ciento cuarenta millones de pesos 00/100 M.N.) para su ejecución, de acuerdo a lo establecido en el Presupuesto de Egresos del Estado de Colima para el Ejercicio Fiscal 2024.

Conforme a los datos proporcionados en 2023, por la Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno del Estado de Colima, en nuestra entidad hay un total de 15, 835 estudiantes de preescolar y 50,955 de nivel primaria en escuelas públicas.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), “para que una persona se encuentre por encima de la Línea de Pobreza por Ingresos, debe de destinar un gasto mayor mensual para educación, cultura y recreación, superior a \$266.96 en zona urbana y \$136.27 en zona rural, de acuerdo con estimaciones a marzo de 2023, de la canasta no alimentaria.” (CONEVAL, 2023).

Con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), obtenida mediante la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIEGH) 2020, se estima que en Colima del gasto corriente trimestral que realizan las familias, el 7.20% se destina a educación y esparcimiento, es decir, de los \$ 34,697.00 (treinta y cuatro mil seiscientos noventa y siete pesos 00/100 M.N.) de gasto corriente trimestral promedio que tienen las familias en Colima, \$ 2,499.00 (dos mil cuatrocientos noventa y nueve pesos 00/100 M.N.) lo destinan a educación y esparcimiento, pero si lo comparamos con el 2018, la medición inmediata anterior, solo se destinaban \$3,557.00 (tres mil quinientos cincuenta y siete pesos 00/100 M.N.), es decir 29.8% menos que la última medición.

No podemos dejar de lado que es importante para el interés superior de los menores del Estado de Colima, el generar los apoyos necesarios para garantizar su derecho a una educación de calidad y que es obligación del Estado considerar el interés superior de la niñez en todas las medidas dirigidas a este grupo con la finalidad de garantizar su desarrollo integral y el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos, tal como se menciona en la Convención sobre los Derechos del Niño en los artículos 3° y 4° y a la que el Estado Mexicano está obligado por Control de Convencionalidad establecido en su Artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

SIGLAS

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

CONAFE: Consejo Nacional de Fomento Educativo.

CSEEC: Coordinación de los Servicios Educativos del Estado de Colima.

ENIEGH: Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares.

ICSIC: Instituto Colimense para la Sociedad de la Información y el Conocimiento.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

SPFyA: Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración del Estado de Colima.

SEBIINSOM: Secretaría de Bienestar, Inclusión Social y Mujeres del Estado de Colima.

SEyC: Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno del Estado de Colima.

(TIC's): Tecnologías de la Información y la Comunicación.

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Agenda 2030: Agenda de desarrollo sostenible aprobada por la Organización de las Naciones Unidas y adoptada por el Estado mexicano.

Canasta no alimentaria rural y urbana: Conjunto de bienes y servicios no alimentarios cuyo valor monetario son parte de la medición de la Línea de Pobreza por Ingresos, de acuerdo por el tipo de zona urbana o rural.

Carencia por Rezago Educativo: De acuerdo con la Norma de Escolaridad Obligatoria del Estado Mexicano (NEOEM), se considera con carencia por rezago educativo a la población que cumpla los siguientes criterios:

- Tiene de 3 a 21 años, no cuenta con la educación obligatoria y no asiste a un centro de educación formal. Tiene 22 años o más, nació a partir del año 1998 y no ha terminado la educación obligatoria (media superior).
- Tiene 16 años o más, nació antes de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatorio vigente en el momento en que debía haberlo cursado (primaria completa).
- Tiene 16 años o más, nació entre 1982 y 1997 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (secundaria completa).

Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares: Encuesta bianual realizada por el INEGI que proporciona un panorama estadístico del comportamiento de los ingresos y gastos de los hogares en cuanto a monto, procedencia y distribución.

Nivel Educativo Básico: Educación preescolar y primaria.

2. RESPONSABLE DEL PROGRAMA

La SEBIINSOM es una dependencia del Ejecutivo Estatal, en los términos de los artículos 1, artículo 17, fracción IV; artículo 32, fracción XI y artículo 36 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública del Estado de Colima, publicada el 09 de octubre del año 2021, en el Periódico Oficial "El Estado de Colima", a través de la Dirección de Bienestar Social, con domicilio en el Complejo Administrativo del Gobierno del Estado, Edificio B, Segundo Piso, Tercer Anillo Periférico, esq. Libramiento Ejército Mexicano S/N, colonia el Diezmo, C.P. 28010, teléfono: (312) 3162000 Ext. 23102 y 23111, y en el correo electrónico: dgbienestarcolima@gmail.com;

3. OBJETIVO GENERAL

Propiciar que las y los estudiantes inscritos en instituciones educativas públicas de los niveles de preescolar y primaria del Estado de Colima accedan a un apoyo económico para lograr universalidad, garantizar el acceso equitativo a la educación, reducir las barreras económicas que limitan la permanencia escolar y mejorar el rendimiento académico de las y los estudiantes, y con ello contribuir a que permanezcan y/o concluyan sus estudios y al desarrollo integral de nuestra Colima.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar que las y los estudiantes de educación preescolar y primaria, independientemente de su situación financiera, tengan la oportunidad de recibir una educación de calidad.
- Disminuir la deserción escolar en las y los estudiantes de educación preescolar y primaria.
- Incentivar para que el alumnado continúe su educación, reduciendo así la deserción escolar y fomentando la permanencia hasta completar sus estudios básicos.
- Proporcionar condiciones de equidad e igualdad entre las y los estudiantes de nivel preescolar y primaria de sostenimiento público del Estado.

- Apoyar el ingreso familiar de los hogares con estudiantes de educación preescolar y primaria de escuelas de sostenimiento público en el Estado.

5. ALCANCE

Este programa pretende apoyar a las familias de las y los estudiantes de preescolar y primaria de las escuelas con sostenimiento público del Estado de Colima, que les permita mejorar su calidad de vida teniendo acceso a recursos económicos para la estabilización de la economía familiar, además de fomentar los principios de igualdad y no discriminación, justicia social, identidad o pertenencia y se evita la deserción escolar por falta de recursos necesarios para la educación básica.

6. COBERTURA

Este Programa tiene una cobertura Estatal de conformidad a la disponibilidad presupuestal del ejercicio fiscal vigente 2024 y opera en donde habita la población objetivo.

7. POBLACIÓN OBJETIVO

Podrán acceder a los beneficios del programa las y los alumnos inscritos en instituciones educativas públicas y del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) de los niveles de preescolar y primaria del Estado de Colima que no sean beneficiados por la Beca Bienestar Benito Juárez y que cumplan con los requisitos de elegibilidad.

8. REQUISITOS DE LAS Y LOS BENEFICIARIOS DE MI COLIBECA PARA EMPEZAR.

- I. Para acceder a este Programa las y los estudiantes deberán cumplir con los siguientes criterios:
 - a) Estar inscrito (a) en una escuela de preescolar o primaria con sostenimiento público, ubicada dentro del territorio del Estado de Colima, al momento de la ejecución del Programa.
 - b) Llenar el formato a través de la página de la SEyC.
 - c) No estar inscrito en el padrón de Beneficiarios de la Beca Benito Juárez que otorga el Gobierno de México.

Las y los estudiantes que por algún motivo no puedan llenar el formato en línea deberán acudir de manera presencial al lugar que establezca la SEyC y cumplir con los siguientes criterios:

- a) Deberá acudir de forma presencial la madre, padre, tutor o un adulto responsable del menor.
- b) Presentar original y copia de una identificación oficial vigente (Credencial para votar, pasaporte, cedula profesional, Licencia de conducir, constancia de residencia, entre otros documentos oficiales) de la madre, padre, tutor o la persona adulta responsable del menor que recibirá la orden de pago.
- c) Presentar original y copia del acta de nacimiento del menor, la cual deberá presentar para su cotejo, en caso de que la o el estudiante sea de nacionalidad extranjera, el documento que acredite dicha situación será el acta original extranjera.
- d) Presentar copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP), en caso de no contar con ella, presentar constancia vigente de estudios expedida por la institución educativa, que contenga la Clave Única de Registro del Alumno (CURA) de la o el estudiante.
- e) En caso de tutoría o de fungir como responsable de la o el menor, deberá presentar el "Acta Especial" (Anexo 2), documento que avale dicha situación, mismo que tendrá que estar llenado debidamente y contener la firma y sello oficial de la dirección de la escuela.

9. PROCESO DE SELECCIÓN DE LAS Y LOS BENEFICIARIOS

La SEyC, la CSEEC y el CONAFE serán los encargados de proporcionar a la SEBIINSOM la matrícula escolar y los listados oficiales de las y los estudiantes de preescolar y primaria de escuelas con sostenimiento público en el Estado de Colima que se registren a través del portal en línea o en casos especiales en los lugares que defina la SEyC, quienes serán los beneficiarios del Programa.

10. CARACTERÍSTICAS DE LOS APOYOS

El apoyo de este programa consiste en el otorgamiento bimestral de un apoyo económico a estudiantes de educación preescolar y primaria y del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) de preescolar y primaria, inscritos en instituciones educativas públicas del Estado de Colima para los tres últimos bimestres del ciclo escolar 2023-2024 y los dos primeros bimestres del ciclo escolar 2024-2025, por lo que tendrá una vigencia de 5 bimestres.

El monto de la Beca bimestral es de \$400.00 (cuatrocientos pesos 00/100 M.N.) por alumno o alumna.

11. DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES

Es responsabilidad de la SEBIINSOM vigilar la operación del Programa con apego a las presentes Reglas de Operación, así como a la normatividad aplicable, debiendo realizar la comprobación de los recursos.

Durante el periodo de las Campañas Electorales del proceso electoral 2023-2024, no se realizará la entrega de la beca en eventos masivos o en modalidades que afecten los principios de imparcialidad, equidad y neutralidad que deben observarse en los procesos electorales. Asimismo, la SEBIINSOM se abstendrá de usar logos, emblemas, nombres, imágenes, voces o símbolos que impliquen promoción personalizada de cualquier persona servidora pública que generen confusión o identidad con un partido político, gobernante o con la imagen institucional del Instituto Nacional Electoral o del Instituto Electoral del Estado.

Son derechos de las y los beneficiarios del Programa:

- a) Recibir un trato respetuoso, atento y digno por parte de las y los funcionarios responsables de la operación del Programa.
- b) Tener acceso a la información del Programa, así como su normatividad, Reglas de Operación, requisitos, recursos, cobertura, beneficios y objetivo para el cual fue creado.
- c) Tener garantía de reserva de privacidad de la información personal en los términos que establece la normatividad aplicable.
- d) Presentar quejas o denuncias pertinentes al Programa, ante la SEBIINSON y/o la Contraloría General de Gobierno del Estado.
- e) Recibir asesoría respecto a los mecanismos para acceder al Programa o presentar inconformidades.
- f) Obtener el Recibo de Pago conforme a las Reglas de Operación, salvo que le sea suspendido en caso de incurrir en lo establecido en el apartado de causas de cancelación.

Son obligaciones de las y los beneficiarios:

- a) Conocer y cumplir con lo establecido en las presentes Reglas de Operación.
- b) Hacer uso adecuado del apoyo económico.
- c) En caso de robo o extravío del Recibo de Pago, las y los estudiantes beneficiados, por conducto de su madre, padre, tutor o persona responsable, acudirá a la Agencia del Ministerio Público a presentar su denuncia y dar seguimiento a la investigación, así como proporcionar copia simple de la denuncia a la SEBIINSOM.

Son causales de cancelación inmediata del apoyo, cuando se incurran los siguientes supuestos:

- a) Incumplir las obligaciones establecidas en las presentes Reglas de Operación del Programa.
- b) Ser dado de baja del sistema educativo estatal público.
- c) Egresar de educación primaria.
- d) Por defunción de la o el beneficiario.
- e) Ser beneficiarios de la Beca Benito Juárez.

12. INSTANCIA EJECUTORA

La SEBIINSOM es la instancia ejecutora y responsable del Programa, la cual dará el seguimiento y monitoreo del programa, así como la comprobación de los recursos destinados.

13. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

- a) La SEyC, la CSEEC y el CONAFE, proporcionarán a la SEBIINSOM, los listados preliminares y finales de las y los estudiantes inscritos en educación básica nivel preescolar y primaria con sostenimiento público en el Estado de Colima. De igual forma, deberán corroborar los listados finales para la entrega de los Recibos de Pago.
- b) La SEBINNSOM solicitará a la SPFYA, lleve a cabo la transferencia de recursos a la institución bancaria determinada.
- c) El ICSIC, desarrollará un programa informático que permita relacionar el número de serie de cada recibo de pago con el o la beneficiaria. Así también, coadyuvará en la logística de entrega de los recibos de pago.

- d) La SEBIINSOM será responsable y supervisará la entrega de los recibos de pago a las y los beneficiarios del Programa, cuidando en todo momento la correcta aplicación del mismo, coordinándose con las dependencias gubernamentales pertinentes para la ejecución de la entrega del Programa “Mi Colibeca para empezar”.

14. OPERACIÓN DEL PROGRAMA

- a) La SEBIINSOM solicitará a la SEyC, la CSEEC y al CONAFE, los listados preliminares de las y los estudiantes de preescolar y primaria de sostenimiento público en el Estado de Colima, para la proyección e identificación de las y los beneficiarios del Programa.
- b) La SEyC, la CSEEC y el CONAFE proporcionarán a la SEBIINSOM los listados preliminares de las y los estudiantes inscritos en escuelas de preescolar y primaria con sostenimiento público en el Estado de Colima.
- c) El ICSIC, proporcionará el programa informático que permita relacionar el número de serie de cada recibo de pago con la o el beneficiario y brindará soporte técnico durante la entrega de la beca.
- d) La SEBIINSOM en coordinación con la SEyC, la CSEEC y el CONAFE integrarán el calendario y la logística de entrega de la beca, especificando las fechas, horarios y lugares.
- e) La SEBIINSOM, entregarán a las y los beneficiarios su beca, de acuerdo con la calendarización establecida, durante la vigencia del Programa, pudiendo solicitar el apoyo de la SEyC, la CSEEC y el ICSIC, así como otras dependencias del Gobierno del Estado.
- f) La o el beneficiario estudiante que acuda con el acompañamiento de un tutor o persona adulta responsable, deberá acudir a la Mesa de Ayuda para que se le entregue un acta especial (anexo 2), mismo que deberá estar llenado debidamente y contener la firma y sello de la Dirección del plantel educativo. Una vez que el acta especial se entregue, podrá realizar el procedimiento antes mencionado.
- g) Previamente a la entrega del Recibo de Pago las y los beneficiarios entregarán la documentación solicitada en el apartado 8 de las presentes Reglas de Operación y se recabará una copia del recibo de pago entregado (Anexo 1) el cual llevará la firma de la madre, padre, tutor o persona adulta responsable de la o el beneficiario y de la persona representante de la SEBIINSOM del Gobierno del Estado, quien entregará el Recibo de Pago.
- h) Las y los beneficiarios que al acudir a la mesa de entrega de los recibos de pago no aparezcan registrados en el sistema de entrega, tendrán que acudir a la Mesa de Ayuda, para corroborar que se encuentren registrados en los listados que proporcionó la SEyC, la CSEEC y el CONAFE.
- i) La SEBIINSOM atenderá las incidencias que existan durante la operación del Programa “Mi Colibeca para empezar”.

15. AUDITORÍA, CONTROL Y SEGUIMIENTO

Los recursos de este Programa, podrán ser revisados y auditados por la o las instancias fiscalizadoras, que en el ámbito de sus respectivas atribuciones resulten competentes.

Las responsabilidades administrativas, civiles o penales en las que incurran las y los servidores públicos, derivadas de las auditorías, realizadas por las instancias fiscalizadoras, en las que se afecte el patrimonio público, serán sancionados en los términos de la legislación aplicable.

16. EVALUACIÓN

La SEBIINSOM o el área que corresponda, realizará o solicitará las evaluaciones con el objeto de evaluar de manera eficaz la operación y resultados del Programa.

17. TRANSPARENCIA

Las presentes Reglas de Operación son de carácter público mismas, que se encontrarán disponibles en el sitio web de la SEBIINSOM, así como también en el portal de Transparencia del Gobierno del Estado.

Toda la documentación oficial, publicidad y promoción del Programa incluirá el logotipo de la SEBIINSOM, del Programa y la leyenda: “Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político, queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa”.

Asimismo, los formatos que contengan datos personales contarán con la declaratoria de tratamiento de información, de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Colima, y requerirán autorización por parte de la persona interesada en participar en el presente Programa.

Con fundamento en el artículo 33 de la Ley Desarrollo Social para el Estado de Colima que a la letra dice: “Las dependencias y entidades que ejecuten Programas sociales deberán incorporar al Padrón la información de aquellas personas y sus familias que se vean beneficiadas con los mismos, su situación socioeconómica y en general, toda la que se requiera dentro de sus reglas de operación”.

Así como en cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 29, número 1, de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Colima, con apego a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Colima, se difundirá oportunamente información sobre el padrón de beneficiarios.

18. QUEJAS Y DENUNCIAS

Las y los beneficiarios, por conducto de sus representantes legítimos, tendrán derecho de presentar quejas y denuncias que puedan dar lugar a responsabilidades administrativas, civiles y/o penales, ante las instancias correspondientes, ya sea por el incumplimiento de las disposiciones contenidas en las presentes Reglas de Operación o ante la presunción de la realización de conductas contrarias a la normatividad que resulte aplicable; para lo cual se ponen a disposición las siguientes instancias:

Secretaría	Teléfono	Domicilio
Secretaría de Bienestar, Inclusión Social y Mujeres Dirección de Bienestar	Tel. (312) 316 2000 ext. 23102 y 23111	3er. Anillo Periférico esq. Ejército Mexicano S/N, Complejo Administrativo, edificio B planta alta, Colima, Col.
Secretaría de Educación y Cultura	Tel. (312) 316 15 62 ext. 31880	Av. Gonzalo de Sandoval 760, Las Víboras, C.P. 28040, Colima, Col.
Contraloría General del Estado de Colima	Tel. (312) 312 2866 y 3129833	Avenida Pedro A. Galván Sur 454. Colonia Centro. C.P. 28000. Colima, Col.

19. VIGENCIA DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN

Las presentes Reglas de Operación se expiden y aprueban a los 5 días del mes de enero de 2024 y tendrán vigencia desde esta fecha hasta el día 31 de diciembre de 2024.

Publíquense por una sola ocasión en el Periódico Oficial “El Estado de Colima”.

Atentamente,

ZALIA MARÍA GUTIÉRREZ VERDUZCO
Encargada del Despacho de la
Secretaría de Bienestar, Inclusión Social y Mujeres
Firma.

BIBLIOGRAFÍA

- Cámara De Diputados LXV Legislatura . (20 de enero de 2004). *Ley General del Desarrollo Social* Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDS.pdf>
- Cámara De Diputados LXV Legislatura. (05 de febrero de 1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- CONEVAL . (17 de marzo de 2023). *Evaluación de las Líneas de Pobreza por Ingresos: Contenido y valor monetario de las Líneas de Pobreza por Ingreso (Canasta alimentaria y no alimentaria)*. Obtenido de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>
- Gobierno del Estado de Colima. (25 de diciembre de 2021). *Plan Estatal de Desarrollo Colima 2021-2027*. Obtenido de Vinculación a los objetivos de desarrollo sostenible (Agenda 2030), bienestar para todas y todos, educación, desarrollo social, líneas de acción y metas. : <https://periodicooficial.col.gob.mx/p/25122021/sup01/121122501.pdf>
- H. Congreso Del Estado De Colima. (19 de julio de 2008). *Ley de Desarrollo Social del Estado de Colima*. Obtenido de https://www.congresocol.gob.mx/web/Sistema/uploads/LegislacionEstatal/LeyesEstatales/desarrollo_social_02nov2019.pdf
- INEGI. (17 de marzo de 2023). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. Obtenido de Gastos de los hogares: Gastos corriente monetario promedio trimestral por grandes rubros de gasto ENIGH 2020: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2020/doc/enigh2020_ns_presentacion_resultados_col.pdf
- Naciones Unidas . (17 de marzo de 2023). *Objetivos de Desarrollo Sostenible:Objetivos, metas del objetivo*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>



Secretaría de Bienestar,
Inclusión Social y Mujeres



RECIBO DE ENTREGA



FECHA		MUNICIPIO	
NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE			
CURP DEL ESTUDIANTE	CURA	GRADO Y GRUPO	
ESCUELA			
CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO		TURNO DEL CENTRO DE TRABAJO	
ADULTO RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE		PARENTESCO	
CURP DE MADRE/PADRE/TUTOR		CONTACTO TELEFÓNICO	

PROGRAMA	EJERCICIO FISCAL
Mi ColiBeca Para Empezar	2024
DATOS DE LA CUENTA DE DONDE SE DISPERSÓ EL RECURSO	
XXXXXXXXXXXXXX	
CONCEPTO	MONTO
Entrega de apoyo económico correspondiente a 3 bimestres (ene-feb, mar-abr y may-jun)	M.N. \$1,200.00

Al firmar el presente recibo de entrega de recurso el padre, madre, tutor o adulto responsable del estudiante, acepta el aviso de privacidad y se compromete a utilizar el apoyo económico recibido solo para el interés superior del estudiante beneficiario.

Recibe	Entrega	Entrega
Padre, madre, tutor (a) o adulto responsable del estudiante	ColiBecas	Empresa de Valores
Nombre y Firma	Nombre y Firma de Representante	CEPSA

AVISO DE PRIVACIDAD

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales por la Secretaría y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO y de portabilidad, así como aquellos terceros con quienes se pudiera compartir su información personal, puede consultar el aviso de privacidad integral desde: <https://www.col.gob.mx/AvisoPrivacidadColiBecas>

"Este programa es ajeno a cualquier partido político, queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa."



COLIMA
Gobierno del Estado

Secretaría de Bienestar,
Inclusión Social y Mujeres



ACTA ESPECIAL

FECHA MUNICIPIO

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:

CURP/CURA

ESCUELA

CLAVE DE CENTRO DE TRABAJO

GRADO Y GRUPO TURNO

POR ESTE MEDIO ME PERMITO HACER CONSTAR QUE LA/ EL C.

PARENTESCO

EL CUAL SERÁ EL ADULTO RESPONSABLE DE FIRMAR BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, LA COMPROBACIÓN REQUERIDA POR LA SECRETARÍA DE BIENESTAR, INCLUSIÓN SOCIAL Y MUJERES PARA EFECTO DEL PROGRAMA “**MI COLIBECA PARA EMPEZAR**”, DERIVADO DE QUE SU PADRE, MADRE O TUTOR NO PUDO ASISTIR A COMPAÑARLA/O A LA ENTREGA DEL PROGRAMA POR CUESTIONES DE CARÁCTER PERSONAL Y/O LABORAL.Y QUE LA INFORMACION PRESENTADA CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS DENTRO DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN Y NO RECAE EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS DE CANCELACION.

FIRMA DE CONSTANCIA LA/ EL DIRECTOR/A DE LA ESCUELA Y/O REPRESENTANTE DEL PLANTEL EDUCATIVO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

REPRESENTANTE DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR, INCLUSIÓN SOCIAL Y MUJERES

NOMBRE Y FIRMA

“Este programa es ajeno a cualquier partido político queda prohibido su uso para fines distintos establecidos en el programa”

**DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD**

REGLAS

DE OPERACIÓN: “OPERACIÓN SALUD TAMIZAJE”.

REGLAS DE OPERACIÓN

Operación Salud Tamizaje

1. Introducción

A) Marco Teórico

Sobrepeso y Obesidad

La obesidad y algunas de sus comorbilidades conforman el síndrome metabólico que es factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y la diabetes mellitus tipo 2. Además, se asocia con el desarrollo de una serie de enfermedades metabólicas y de otra índole, como el cáncer. También se asocia con el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHOS), problemas osteoarticulares y problemas reproductivos, entre otros. Además, las personas con obesidad con frecuencia sufren de problemas psicológicos entre los que destacan la ansiedad, la depresión y con frecuencia se ven afectados por la estigmatización de su condición, misma que muchas veces proviene del personal de salud mal informado y con falta de preparación para abordar a las personas con obesidad. (1)

La obesidad se define de manera general como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial desfavorable para la salud, caracterizada por un aumento excesivo de grasa corporal. Se presenta cuando hay un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto calórico que involucra factores genéticos y ambientales. Además, esta condición favorece el desarrollo de complicaciones metabólicas como hiperglicemia, hipertrigliceridemia, bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) e hipertensión. El sobrepeso y la obesidad resultan de la interacción de diversos factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. (2)

El sobrepeso y la obesidad han sido definidos según la OMS como la acumulación excesiva o anormal de grasa que puede perjudicar la salud de las personas, y que hoy en día afecta a gran parte de la población mundial, tanto infantil como adulta. Se ha demostrado que el exceso de grasa corporal provoca un estrés metabólico importante para el cuerpo humano, la obesidad es considerada un factor de riesgo cardiovascular, según IMC (≥ 30 kg/m²) y también según circunferencia de cintura (≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres)(3), La medición del perímetro de cintura resulta particularmente útil cuando el índice de masa corporal (IMC) es menor de 35. Cabe hacer notar que un perímetro de cintura aumentado puede implicar un riesgo en sí mismo, independientemente del valor del IMC.(1). En este contexto, la Federación Mundial de Obesidad indica que la obesidad es una epidemia global definida como un proceso de enfermedad crónica, reincidente y progresiva, que requiere acciones inmediatas para su prevención y control. La obesidad se triplicó entre 1975 y 2016. Se estima que en 2016 alrededor de 650 millones de personas la padecían. Asimismo, en niños y adolescentes (entre 5 y 19 años), la prevalencia de sobrepeso ha aumentado dramáticamente, de 4% a 18% entre 1975 y 2016. (3)

La obesidad es actualmente reconocida como una enfermedad en los Estados Unidos (por la Asociación Médica Americana, en 2013), Canadá (por la Asociación Médica Canadiense, 2015) y, más recientemente, por la Federación Mundial de Obesidad, aunque de facto ya era reconocida por la OMS desde 1948 (James 2008; Kyle et al . 2016 ; Editorial 2017).

Se ha documentado ampliamente que la relación entre el IMC y la mortalidad y morbilidad en adultos responde a una curva en forma de U o de J, donde la mortalidad es mayor en ambos extremos de los valores del IMC. En la mayoría de los estudios prospectivos, con seguimientos largos, la menor morbilidad y mortalidad en adultos en la mayoría de las poblaciones se encuentra en valores de IMC entre 20 y 25 (Adams et al . 2006). Lo anterior deja ver claramente que la mortalidad no aumenta súbitamente a partir de un punto de corte determinado, sino que es un continuo donde el riesgo se va incrementando paulatinamente a partir de los puntos antes mencionados. Por arriba de un IMC de 30 las tasas de mortalidad por todas las causas y en especial la provocada por enfermedades cardiovasculares aumentan de 50 a 100 por ciento por arriba de la de las personas que tienen un IMC entre 20 y 25.9 (Adams et al . 2006). En la actualidad, estos puntos de corte se aceptan para usar en adultos tanto en el campo poblacional como en el clínico.

Epidemiología

Un análisis de datos de 199 países y territorios entre 1980 y 2008 sugiere que hay cada vez mayor prevalencia de obesidad en todas las regiones del mundo, incluso en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios. A pesar de lo anterior, los mayores incrementos se siguen presentando en los países de ingresos más altos. A escala mundial, en los 28 años de observación se documentó un incremento de IMC de 0,4 kg/m² por década en los varones y de 0,5 kg/m² en mujeres (Finucane et al . 2011).

De acuerdo con el último Informe de la Nutrición Mundial 2017 (Development Initiatives 2017) se estima que, a escala mundial, 41 millones de niños menores de 5 años y 1,929 millones de adultos de 18 años y más (947 millones de hombres y 982 millones de mujeres) tienen sobrepeso (IMC \geq 25); de estos últimos, 641 millones (266 millones de hombres y 375 millones de mujeres) tienen obesidad (IMC \geq 30). Lo anterior indica que cerca del 40% de la población adulta del planeta tiene sobrepeso y más del 10% tiene obesidad: 11% de los varones y 15% de las mujeres. De acuerdo con información de la OMS, hoy en día, la mayoría de la población mundial vive en países donde más personas mueren por efecto del sobrepeso y la obesidad que de la desnutrición (OMS 2017).

En el caso de México, a través de las distintas encuestas nacionales, se ha documentado un incremento en la prevalencia de sobrepeso y de obesidad en la población, y se muestra una tendencia ascendente desde 1988 y hasta el 2016, cuando se levantó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT-MC 2016), donde se encontró que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años de edad (33.2%) no sufrió cambios significativos comparada con la del 2012. Las prevalencias de sobrepeso (20,6%) y de obesidad (12,2%) en niñas, en 2016, fueron muy similares a las observadas en 2012. En niños hubo una reducción en sobrepeso, pero no en obesidad (19,5% en 2012 y 18,3% en 2016). La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue mayor en localidades urbanas que en las rurales (34,9% vs 29,0%) aunque las diferencias entre regiones no fueron estadísticamente significativas. En adolescentes entre los 12 y 19 años, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 36.3% sin cambios significativos a lo encontrado en el 2012; la prevalencia de obesidad (12,8%) es similar a la observada en 2012 (12,1%). En los adolescentes de sexo masculino no hubo diferencias significativas entre 2012 y 2016. No se encontraron diferencias entre áreas rurales y urbanas. Para adultos de 20 años y más, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad pasó de 71,2% en 2012 a 72,5% en 2016; este aumento no fue estadísticamente significativo. Las prevalencias tanto de sobrepeso como de obesidad y de obesidad mórbida fueron más altas en el sexo femenino. Las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad no son diferentes en zonas urbanas (72,9%) o en rurales (71,6%); Sin embargo, la prevalencia de obesidad fue de 5.8 puntos porcentuales más alta en las zonas urbanas (ENSANUT MC 2016).

Fisiopatología

Las causas de la obesidad son, como ya se mencionó, múltiples y sus interacciones, complejas. El tejido adiposo, como órgano endócrino, tiene un papel central en la fisiopatología de la obesidad. Ambos, tanto el tejido adiposo blanco como el pardo son relevantes en el equilibrio energético; el pardo contribuye al gasto energético a través de la termogénesis y se ha encontrado una asociación negativa de éste con el IMC. Por otra parte, el tejido adiposo blanco, que antes se consideraba exclusivamente un sitio de almacén de energía, se considera hoy un órgano endócrino capaz de secretar sustancias bioactivas, entre ellas citocinas pro y antiinflamatorias. El tejido adiposo se expande ante los excedentes de energía; Sin embargo, cuando la capacidad de expansión se ve limitada, esto es, no se da la hiperplasia normal ante el exceso, se produce un deterioro de la resistencia a la insulina y se desencadenan sus consecuencias. El sitio de depósito del tejido adiposo, como ya se mencionó, se asocia con riesgos a la salud, siendo la grasa visceral la que contribuye a los riesgos a la salud características de la obesidad.

Diagnóstico

La evaluación del estado de nutrición del individuo con obesidad debe ser integral e incluir indicadores dietéticos, clínicos, antropométricos y bioquímicos. A través de esta evaluación se deben determinar tres aspectos del sujeto con obesidad: a) la grasa corporal y su distribución; b) la edad de inicio de la obesidad, así como la existencia de antecedentes familiares con este problema, y, c) la presencia de alteraciones físicas o emocionales que podrían ser causantes de la obesidad o bien consecuencia de esta (Christakis y Fowler 2007) .

El diagnóstico de obesidad en el ámbito clínico se realiza mediante la medición del peso y la estatura para calcular el IMC. Representa tanto la masa grasa, como la masa libre de grasa, por lo que es un índice de peso (o masa) y no de adiposidad como tal. Por esa razón dos personas con un mismo IMC pueden tener porcentajes de grasa corporal muy distintos (Prentice y Jebb 2001). Aun así, se recomienda su uso debido a que presenta una alta comparación con el porcentaje de grasa, sobre todo en el extremo superior de la distribución del IMC (Flegal et al . 2008) (Ranasinghe et al . 2013).

Existen criterios para definir obesidad en adultos con base en el IMC (valores iguales o superiores a 25 indican sobrepeso e iguales o mayores a 30 denotan obesidad); en el caso de los niños se prefiere el uso de curvas con valores percentiles o puntajes Z del IMC de la población en cuestión (Cole et al . 2000).

A pesar de no ser un indicador perfecto, el IMC ha probado ser útil en la asignación del riesgo cardiovascular y si se complementa con otras mediciones como el perímetro de la cintura o la estimación del índice cintura-cadera, la asignación del riesgo mejora.

El perímetro de la cintura suele utilizarse para identificar el riesgo asociado con la acumulación de grasa en la región abdominal -incluyendo la grasa visceral- en adultos con un IMC de entre 25 y 35. Los puntos de corte para obesidad se han establecido en 88 y 102 centímetros para mujeres y hombres, respectivamente; en el caso de población mestiza, se emplean como puntos de corte de riesgo los valores mayores de 80 centímetros para las mujeres y de 90 centímetros para los hombres, en forma independiente de los valores del IMC, siempre y cuando se encuentren en el intervalo mencionado (Klein et al . 2004).

Un aumento en el perímetro de la cintura se asocia también con un mayor riesgo en personas con peso adecuado. En individuos de estaturas bajas o con un IMC de 35 o mayor, estos puntos de corte pueden no ser aplicables. En estos casos, recientemente se ha propuesto el perímetro de cuello como sustituto del perímetro de cintura por su facilidad de medición incluso con valores de IMC altos (Kaufer-Horwitz et al . 2019).

Tratamiento

El tratamiento de la obesidad debe ir más allá de la búsqueda de la reducción de peso corporal. La persona con sobrepeso y obesidad debe aceptar la necesidad de un compromiso de por vida de modificar su estilo de vida. Si bien es necesaria la pérdida de peso (y es lo que los pacientes buscan y consideran como éxito), el objetivo del tratamiento de la obesidad debe centrarse en la mejoría metabólica y de la calidad de vida. En una diversidad de estudios se ha encontrado que incluso pérdidas de peso modestas tienen beneficio metabólico; así, una pérdida del 5 al 10% del peso inicial se refleja en cambios positivos en los indicadores metabólicos y bioquímicos, por ejemplo, la glucemia, el colesterol y la tensión arterial (Garvey et al . 2016).

El manejo actual de la obesidad está dirigido a la pérdida de peso mediante tratamientos de bajo riesgo como son las intervenciones de estilo de vida basadas en cambios en la dieta y ejercicio, como la opción de primera línea, seguida de fármacos o cirugía en casos seleccionados. Es importante destacar que aún cuando se requiera al tratamiento farmacológico o al quirúrgico, la dieta y el ejercicio seguirán siendo el centro del manejo para la obesidad (González et al . 2017).

Hoy día se cuenta con guías de práctica clínica para el tratamiento de la obesidad emitidas por diversas asociaciones médicas (Jensen et al . 2014 ; Yumuk et al . 2015 ; Garvey et al . 2016). Todas coinciden en la necesidad de un tratamiento integral, centrado en un cambio en el estilo de vida, que sea sostenible en el tiempo. Debido a que la obesidad es una enfermedad compleja que trastoca lo biológico, lo psicológico y lo social, su tratamiento debe contemplarse forzosamente bajo las tres dimensiones. El aspecto biológico estará encaminado a la reducción de la ingestión de energía de la dieta (consumo de alimentos), sin comprometer la ingestión de nutrientes, para lograr el equilibrio entre lo que se consume y lo que se gasta. En la esfera psicológica se debe asegurar que la dieta prescrita proporciona cierto placer a la vez que se proporcionen herramientas prácticas para lograr la adherencia del paciente al tratamiento. Dentro de la dimensión social debe buscarse que el individuo pueda integrarse a su ambiente cotidiano y que la dieta sea costeable desde el punto de vista monetario. Lo que finalmente se persigue es que el paciente acepte las modificaciones que se indiquen o se consensuó, para ser capaz de integrarlas de forma permanente a su vida cotidiana; Esto necesariamente promoverá la pérdida de peso, la mejoría metabólica y la calidad de vida (Kaufer-Horwitz et al . 2015). Debe hacerse énfasis en la constancia de los esfuerzos y en la necesidad de apoyos continuos. (1)

Prevalencia del estigma de la obesidad

El estigma de la obesidad tiene una gran relevancia en nuestra sociedad y se ha convertido en un desafío de salud global. A pesar del incremento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años, el estigma asociado parece haber aumentado. Una gran parte de los costes atribuidos a la obesidad podrían deberse al estigma de la obesidad. Un reciente informe de la OMS proporciona datos como que un 63% de los niños/as de edad escolar con obesidad experimentan mayor probabilidad de ser objeto de acoso, el 54% de los adultos con obesidad informan ser objeto de estigma por parte de sus compañeros de trabajo, o que el 69% de los adultos con obesidad informan de experiencias de estigma por parte de profesionales sanitarios. Este problema se ha estudiado fundamentalmente con muestras de EE. UU. y muestras anglosajonas. Un estudio multinacional realizado con muestras de EE. UU., Canadá, Islandia y Australia encontró que la extensión de los prejuicios relacionados con el peso era similar en los 4 países, señalando que es un problema que se da de forma similar

en todos los países occidentales. En Europa hay muy pocos datos sobre la prevalencia de este problema realizado con muestras grandes. Un estudio realizado en Alemania muestra que un 67% de las personas con obesidad han experimentado episodios de discriminación relacionada con su peso, con tasas crecientes en función del grado de obesidad (10,2% en personas con obesidad grado I, 18,7% en grado II y 38% en grado III). Un reciente estudio multinacional realizado en Australia, Canadá, Francia, Alemania, Reino Unido y EE. UU. muestra que entre un 56-61% de adultos con obesidad participantes en programas de pérdida de peso informan haber padecido estigma a causa de su peso.

Ámbitos donde se produce el estigma de la obesidad

El estigma de la obesidad se da en muchos ámbitos de la vida de las personas, incluyendo el ámbito sanitario, laboral, educativo, familiar, los medios de comunicación, la salud pública y la sociedad en general.

En el ámbito laboral, las personas con sobrepeso y obesidad se enfrentan a actitudes estereotipadas por parte de los/las empresarios/as, como por ejemplo que son perezosas, menos trabajadoras, con falta de motivación, falta de autocontrol y falta de habilidades interpersonales, lo que las lleva a recibir un trato desigual en el puesto de trabajo, afectando a las decisiones en la contratación, a salarios más bajos y a un menor número de ascensos y promociones en comparación con empleados que no tienen obesidad, a pesar de tener las mismas cualidades. El informe de la OMS indica que el 54% de los adultos con obesidad informan haber sido objeto de estigmatización por parte de los compañeros de trabajo.

La victimización y el acoso basado en el peso es frecuente en el entorno escolar, fundamentalmente por parte de los compañeros, pero también por parte de entrenadores deportivos y profesores, tanto en formación como en servicio, que pueden tener expectativas más bajas a nivel físico, social y de habilidades académicas con relación a los estudiantes con sobrepeso, impactando negativamente en la salud de estos estudiantes y generando desigualdades. El informe de la OMS destaca que los niños con obesidad en edad escolar presentan un 63% de mayor riesgo de sufrir acoso que sus compañeros con peso normal.

Los medios de comunicación contribuyen a reforzar el estigma de la obesidad, tanto por la representación que se hace de personas con obesidad, como por mostrar la obesidad como un problema básicamente de responsabilidad individual. El estigma de la obesidad también está presente en las redes sociales, donde se humilla a las personas con obesidad y sobrepeso, presentando estereotipos tales como que son perezosas, irresponsables y demasiado benévolas, y donde son objeto de burlas por el público general, generando más insatisfacción corporal y un menor bienestar psicológico en estas personas.

Impacto en la salud del estigma de la obesidad y la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso.

Los prejuicios relacionados con el peso y la estigmatización de las personas con obesidad se han propagado en la sociedad en base a la creencia que el estigma y la culpa las motivaría a perder peso. Pero la investigación ha mostrado que este enfoque resulta contraproducente, ya que estos prejuicios y estigmatización, especialmente cuando son interiorizados por el individuo, más que motivar al cambio, pueden impactar negativamente en la salud física y psicosocial de las personas que los sufren y deteriorar su calidad de vida, como muestran múltiples revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes sobre este tema realizadas tanto en adultos como con niños y adolescentes. En particular, la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso se ha mostrado como un mediador clave entre las experiencias de estigma y su impacto negativo sobre la salud.

También se ha establecido una asociación entre el estigma de la obesidad y los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Las personas con TCA tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de haber sufrido burlas o *bullying* por su aspecto y peso corporal antes de la aparición del trastorno. La prevalencia de obesidad asociada a TCA se ha incrementado en los últimos años, asociación que se vincula a una mayor severidad clínica y a un peor pronóstico. La prevalencia de obesidad en los casos de TCA a lo largo de la vida es próxima al 30% y va desde el 5% en anorexia nerviosa hasta el 87% en el trastorno por atracón. En particular, la asociación entre obesidad y trastorno por atracón está fuertemente establecida.

Quizás uno de los hallazgos más preocupantes sea la asociación del estigma de la obesidad con un mayor riesgo de suicidio y mortalidad. En el caso específico de los/as adolescentes, ser víctima de burlas y discriminación por características personales difícilmente controlables como el peso corporal, hace más probable que se culpen a sí mismos/as por recibir este maltrato, aumentando el malestar y la angustia, y llevando a un mayor riesgo de auto lesionarse y a un incremento de la conducta suicida. (4)

La obesidad en México

México, al igual que otros países, enfrenta el problema de la mala nutrición. Por una parte, esta es el resultado del consumo deficiente de alimentos o nutrientes, lo que genéricamente se conoce como desnutrición. Durante la gestación, la niñez y los dos primeros años de vida, la desnutrición afecta el crecimiento, el desarrollo cognoscitivo e intelectual, la salud y la

sobrevida, repercutiendo en la historia de la salud futura y en la supervivencia de la siguiente generación. Por otro lado, la mala nutrición por exceso (obesidad) aumenta el riesgo de enfermedades crónicas y disminuye los años de vida saludable y la productividad, lo que implica, al igual que la desnutrición, un alto costo económico para el país debido a los gastos directos e indirectos que ocasionan ambas enfermedades.

Desde 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya consideraba la obesidad como una epidemia global presente en los países desarrollados, e incluso en los países en vías de desarrollo. La obesidad y varias enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición se han convertido en un problema prioritario de salud pública; ante este panorama, la OMS ha incluido también el contener mundialmente la prevalencia de sobrepeso y obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles como parte de sus objetivos primordiales para el año 2025.

En México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado a una velocidad alarmante en las últimas dos décadas; basta citar los datos del año 2012, provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, que mostraron que 60.6 millones de personas (52% de los mexicanos mayores de 5 años) presentaban sobrepeso u obesidad. El Gobierno ya reconocía este panorama, por lo que en 2010 emprendió una política nacional de prevención de la obesidad y sus comorbilidades, aceptando que su origen es multicausal, con una perspectiva sectorial e intersectorial. En un esfuerzo conjunto integrado por el Gobierno, sectores sociales y las industrias alimentaria y restaurantera, se lanzó el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria: Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad (ANSA). Posterior a ello, en el marco del nuevo sexenio (2012-2018), se estableció la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes que se basa en tres pilares: Salud Pública, Atención Médica y Regulación Sanitaria.

Ambas estrategias de gobierno tendrían que rendir resultados de manera casi inmediata puesto que, como se reconoce, el costo de la obesidad es muy alto para el país, y se vincula con la desigualdad económica y social, lo que ocasiona inequidad en la salud de la población. El estudio del Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO), presentado en 2015, refirió que los costos en salud y productividad de la diabetes mellitus tipo 2 asociada con el sobrepeso y la obesidad ascienden a más de 85 mil millones de pesos anuales. (5)

En el caso de México, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres aumentó de 34,5% en 1988 a 74,8% en 2018, y en hombres de 60,7% en 2000 a 73% en 2018. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la "Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud" en el 2004. En este documento se planteaba el control del peso como una estrategia central para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (ECRN). (6)

Hace diez años, en México, el costo directo e indirecto del sobrepeso y la obesidad fue de 67.345 millones de pesos mexicanos, cantidad que, evidentemente, se ha incrementado.

Se ha estimado que, en México, el 6%, 28% y 62% de los casos de cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares, respectivamente, son atribuibles a factores de riesgo dietético (baja ingesta de frutas, vegetales, leche y alimentos del mar e incremento de la ingesta de carne roja, carnes procesadas y bebidas endulcoradas). A pesar de que los factores ambientales (hábitos de alimentación y sedentarismo) pueden explicar de manera global el incremento en la prevalencia de obesidad, la variación individual del índice de masa corporal (IMC) en relación a los factores hereditarios influye entre un 40 y un 70% sobre la prevalencia de obesidad. Además, si ambos padres son obesos, el riesgo de obesidad en el niño será del 69-80%; si solamente uno de los padres es obeso, el riesgo disminuye del 41 al 50%; y si ninguno de los padres es obeso, el riesgo disminuye al 9%. La obesidad en niños está asociada con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, concentración de lípidos elevados), depresión y discriminación. El desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético también afecta la microbiota intestinal generando una disbiosis, compuesta principalmente por *Firmicutes* y *Bacteroidetes*, lo cual es otro factor que se asocia con la obesidad y el sobrepeso. (7)

Obesidad infantil en México

El sobrepeso y la obesidad (SP+OB) en niños y adolescentes es un problema creciente en todo el mundo; se estima que de 1975 a 2016 se cuadruplicó ya que pasó del 4 al 18%. En América Latina, 30% de la población de 5 a 19 años tiene esta condición, encabezando la lista México, Argentina y Chile. En México, las prevalencias de SP+OB en estos grupos de edad también han mostrado un continuo aumento a través de los años. En 1999, esta condición se presentó en 26.8% de los escolares y aumentó a 35.2% en 2018. Por otro lado, en mujeres adolescentes, el SP+OB en 1988 era de 11.1% y en 2018 de 38.4%. En el caso de los hombres de este mismo grupo de edad, la prevalencia de SP+OB en 2006 era de 33% y en 2018 de 35.6%. El exceso de peso en la infancia y la adolescencia está relacionado con una serie de factores, incluyendo una dieta poco saludable rica en calorías y grasas saturadas, el prolongado tiempo frente a las pantallas y la falta de actividad física. Todos estos factores son determinados por un entorno obesogénico, el cual está constituido por la elevada

disponibilidad de alimentos y bebidas ultraprocesados en los mercados y su publicidad en diferentes medios, la falta de espacios seguros para realizar actividad física y la deficiencia en el medio de transporte, además de factores estructurales como políticas de gobierno, industria alimentaria y producción agrícola, entre otros. Enfermedades como el síndrome metabólico, la diabetes, el hígado graso, la hipertensión, la dislipidemia, el síndrome de ovario poliquístico, el asma y problemas ortopédicos se asocian con la obesidad en escolares y adolescentes. Además, esta condición se relaciona con problemas de autoestima y depresión. Dadas las consecuencias en la salud, es relevante documentar los cambios del SP+OB en niñas, niños y adolescentes a través del tiempo en muestras de alcance nacional de esta población, motivo por el cual este rubro es considerado como esencial en los indicadores a monitorear por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut Continua).

La clasificación de los niños y adolescentes que presentan peso normal, sobrepeso u obesidad se realiza de acuerdo al IMC propuesto por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la clasificación del IMC, se toman en cuenta la edad y el género. Los niños entre el percentil 5 y 85 se definen como niños de peso normal; entre el percentil 85 y 95, como niños con sobrepeso; y con percentil ≥ 95 , como niños con obesidad.

La epidemia de obesidad infantil ha conducido a un incremento paralelo en la prevalencia de formas pediátricas de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 (DT2) y la presión arterial elevada, la cuales hace pocos años eran típicamente enfermedades de los adultos. La Encuesta de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 ha reportado una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población escolar del 33,2%. La prevalencia de sobrepeso fue del 17,9% y de obesidad, del 15,3%. Los datos más actuales en cuanto a sobrepeso y obesidad (SP + O) infantil en México son: en niñas < 5 años, del 5,8%, y en niños, del 6,5%; en escolares niñas, del 32,8%, y escolares niños, del 33,7%; en adolescentes mujeres, del 39,2%, y en adolescentes hombres, del 33,5%.

El aumento en la obesidad infantil y la prevalencia de sobrepeso y obesidad se observa durante la escuela primaria. Cuando los niños ingresan en primaria (seis años de edad), la prevalencia promedio de sobrepeso y obesidad es del 24,3%. Sin embargo, a los 12 años de edad, cuando están concluyendo primaria, su prevalencia se incrementa al 32,5%, lo que refleja 12,2 puntos porcentuales de aumento.

Patrón de alimentación y actividad física en México asociadas a la obesidad infantil

México es el primer mayor consumidor de refrescos en el mundo y también consume una gran cantidad de aguas aromatizadas con azúcar ("aguas frescas"). La proporción de familias que compran refrescos ha aumentado a lo largo de los años, así como los mililitros per cápita consumidos. La Encuesta de Salud en Escolares 2008 colocó los refrescos entre los cinco productos más consumidos en las escuelas primarias y secundarias públicas del país. Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Pública de México reveló que, según lo declarado por los niños, solamente el 28,1% de su consumo total de líquidos corresponde a agua o infusiones sin cafeína ni azúcar, contra el 44% correspondiente a bebidas de alto valor calórico. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de Medio Camino 2016 indicó que el 61,9% de los escolares (5-11 años) consume botanas, dulces y postres, el 81,5% consume bebidas no lácteas endulzadas y un poco más del 20% consume verduras. Dos de las encuestas de ingesta dietética representativas a nivel nacional de México (ENSANUT 1999 y 2006) estudiaron la ingesta calórica de bebidas en 17,215 niños y encontraron que el 27,9% de la ingesta calórica de los niños preescolares (1-4 años) y el 20,8% en niños escolares (5-11 años) proviene de bebidas calóricas, las cuales fueron clasificadas en tres grandes grupos: a) leche entera; b) jugos de frutas; y c) bebidas azucaradas. Independientemente del tipo de alimento que consuman los niños y la cantidad de calorías que les aporta, otros hábitos de alimentación pueden explicar la prevalencia de la obesidad. En un estudio realizado por Vilchis-Gil y cols. se encontró que los niños obesos tienden a no realizar los desayunos en casa y, además, es menos frecuente que lleven lunch a la escuela y, en su lugar, llevan dinero para comprar alimento dentro de las escuelas. Otros estudios han mostrado que los niños que omiten el desayuno experimentan un desequilibrio en su apetito y cambios metabólicos. Como resultado, los alimentos comprados en la escuela se consumen cuando tienen mucha hambre y eventualmente conducen a la obesidad abdominal y la resistencia a la insulina.

La actividad física tiene un importante papel en el mantenimiento de un estado nutricional saludable, mientras que estilos de vida sedentarios son un factor de riesgo para desarrollar obesidad y sus comorbilidades. Sociedades occidentales (incluidos los niños) muestran una tendencia incrementada hacia estilos de vida sedentarios, lo cual incluye descansar, mirar televisión, viajar en automóvil a la escuela y realizar menor actividad física.

Es preocupante el tiempo que pasan los niños mexicanos frente a una pantalla, ya que existen evidencias que indican que ver la televisión (TV) está asociado con obesidad infantil por ser una de las mayores actividades sedentarias. Además, la publicidad transmitida está relacionada con alimentos y bebidas altos en grasas saturadas, azúcares y sodio. En México se ha encontrado que, del total de publicidad en la televisión, más de 64% corresponde a productos que no cumplen con ninguna norma de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud de México. Adicionalmente, se encontró que,

durante los programas de caricatura, cuyo público son principalmente los niños, los productos que se anuncian son mayoritariamente los que tienen un alto contenido calórico. Se ha encontrado que los niños mexicanos de cinco a 15 años de edad que pasan más de 1 h 25 minutos frente a la pantalla (películas y/o videojuegos) tienden a seguir un patrón de alimentación rico en azúcares y grasas. En términos de electrodomésticos que promueven un estilo de vida sedentario como los televisores, se encontró en un estudio de casos (200 niños obesos) y controles (200 niños no obesos) que el 59,4% de los niños obesos tenían de tres a cuatro televisores en sus hogares y duermen menos que los niños de peso normal. De manera interesante, se ha encontrado que, indirectamente, los padres fomentan un estilo de vida sedentario. México está viviendo una época de violencia a nivel nacional. Las cuestiones de seguridad y violencia pueden excluir actividades recreativas para niños en espacios públicos y a menudo los padres proporcionan entretenimiento sedentario para compensar la falta de estas actividades. Otro de los factores que influye de manera indirecta en la prevalencia de obesidad infantil es la educación y la ocupación de los padres de familia. Niños con madres con menor nivel educativo, desempleadas y que presentan o tienen antecedentes de obesidad siguen un patrón de alimentación rico en azúcares y grasas. (8)

La mala nutrición es el desequilibrio entre los nutrimentos que los individuos necesitan para realizar sus funciones adecuadamente y los nutrimentos que obtienen. El desequilibrio puede presentarse debido a una deficiencia en la ingesta de nutrimentos o desnutrición (bajo peso, baja talla o emaciación), exceso en el consumo de nutrimentos (sobrepeso u obesidad) y deficiencia o exceso en la ingesta de vitaminas y minerales. Las niñas y los niños, especialmente en etapas tempranas, se encuentran en mayor riesgo de presentar algún tipo de mala nutrición con repercusiones en su bienestar físico, mental y social. Entre las principales consecuencias de la mala nutrición están las alteraciones musculares, cardio-respiratorias, en el sistema inmune y en los procesos curativos, además de efectos adversos psicosociales como depresión, apatía, ansiedad y autorrechazo. Estos desenlaces en su salud acompañan a los individuos incluso hasta su vida adulta, con el desarrollo de enfermedades asociadas a la mala nutrición en cualquiera de sus formas; además, aumentan la probabilidad de mortalidad. Como consecuencia de la transición epidemiológica y nutricional, nace el fenómeno de la doble carga de la mala nutrición, donde coinciden la desnutrición y el sobrepeso. Este problema no se ha resuelto por la falta de alimentos adecuados y, además, se presenta gracias a la ingesta excesiva de alimentos o productos industrializados con poco valor nutricional. En México, de acuerdo con las últimas dos Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut), la prevalencia de baja talla afectaba a 13.9% de menores de cinco años en 2020 y a 12.6% en 2021. Esto representa más de un millón de niños y niñas en edad preescolar sin alcanzar su potencial de crecimiento. En 2020, se estimó que 1.5% de menores de cinco años tenían emaciación y 4.4% bajo peso; para 2021 esta última prevalencia fue de 3.7%. Para 2020, se estimó que 8.4% de los menores de cinco años tenían sobrepeso más obesidad (SP+OB), mientras que para 2021 este indicador de exceso de peso se ubicó en 7.8%. (9)

Razones por las cuales no se ha podido detener el aumento de la obesidad infantil

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente: – Un aumento de la ingesta de alimentos de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal. – Un descenso de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte, la creciente urbanización, los avances en la tecnología y el uso de las pantallas, especialmente en los niños.

A menudo, los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y a la falta de políticas de apoyo en sectores como educación, salud, agricultura –con el procesamiento, la distribución y la comercialización de alimentos–, deportes, transporte, planificación urbana y medio ambiente

Principales factores relacionados con la obesidad infantil

La obesidad infantil es consecuencia de la compleja interacción entre varios factores de estilo de vida relacionados con la salud, por lo que es multifactorial. Sin embargo, existen dos grandes factores relacionados – que tienen que ver con la ingesta (dieta y alimentación) y el gasto (actividad física)– como ya se ha mencionado, que son los que se consideran prioritariamente en la salud pública para incidir en políticas y programas de prevención de la obesidad. Además de la dieta y la actividad física, hay otros factores que pueden contribuir a la obesidad.

Factores socioeconómicos. Está demostrado que la obesidad es mayor en las personas con un nivel socioeconómico bajo y en los hijos de madres sin educación o con educación básica, similar a lo que sucedía en décadas anteriores con las madres de niños desnutridos.

Factores sociodemográficos. La disminución de la natalidad ha significado que muchas familias, especialmente de bajos ingresos, prefieran tener solo un hijo, al cual puedan cuidar bien para que llegue a la universidad, antes que muchos hijos

a los cuales no pueden cuidar ni educar, esto ha propiciado que al único hijo le dan todo lo que pide, incluyendo sus demandas por productos alimenticios altamente calóricos y muy poco saludables.

Entorno urbano. Disponibilidad de parques, plazas, gimnasios y otros espacios deportivos en la comunidad. La preocupación por la seguridad en las calles y los limitados espacios disponibles para el juego, que favorecen la exposición a la televisión y el aumento del tiempo empleado en jugar con videojuegos, han provocado que el ejercicio físico desaparezca de la vida diaria de los niños.

Entorno educacional. Los niños pasan la mayor parte del tiempo en el jardín infantil o en la escuela, donde reciben parte importante de su alimentación. Por lo tanto, la escuela tiene que ser un lugar donde los niños reciban una alimentación saludable y no tengan acceso a la venta de alimentos no saludables. Al mismo tiempo, deben hacer actividad física diariamente, no solo en clases, sino también en recreos y actividades deportivas.

Tiempo delante de las pantallas. Lissner et al.³ investigaron la relación entre el tiempo pasado viendo la televisión a diario y la presencia de una televisión, video o DVD en la habitación del niño y el sobrepeso y la obesidad mediante la estimación de los índices de probabilidad ajustados por género, edad y educación de los padres. Ambos factores, es decir, la presencia de una televisión en la habitación del niño y un tiempo más largo de 60 min viendo la televisión diariamente, mostraron una relación positiva con el peso de los niños en todos los países. También se puede observar, independientemente de las preferencias gustativas, que los niños que veían más la televisión eran más propensos a consumir alimentos con alto contenido en grasa o azúcar, especialmente bebidas azucaradas, existiendo una relación entre el uso de pantallas, con el consumo de bebidas azucaradas, y el aumento del índice de masa corporal (IMC). El tiempo delante de las pantallas ha ido cambiando en los últimos 20 años y se ha desplazado de la televisión al uso excesivo de internet, a través de computadores y aplicaciones en smartphones, tabletas y teléfonos celulares de todo tipo.

Vida familiar. A menudo los dos padres trabajan y el tiempo que pasan con sus hijos es limitado, por lo cual las comidas caseras preparadas con ingredientes locales han sido remplazadas por comida rápida y platos precocinados. Una consideración especial tiene el hecho de que padres e hijos compartan comidas familiares al menos una vez al día como valor representativo de la vida familiar, observándose un claro ascenso en la prevalencia de niños con sobrepeso/obesidad desde el 17,1% entre aquellos que siempre se sentaban juntos a comer y una prevalencia del 36,2% entre aquellos que dijeron no sentarse nunca/rara vez juntos durante las comidas.

Sueño. La menor duración del sueño se asocia negativamente con el peso, particularmente en los niños en edad escolar. En un estudio reciente presentado en el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología 2022, se muestra que los adolescentes que duermen menos de 8 horas al día tienen más probabilidades de tener sobrepeso y obesidad, además de otras características poco saludables como el exceso de grasa, presión arterial elevada y niveles anormales de lípidos y glucosa sanguínea.

Relación entre la obesidad infantil y el sedentarismo en los niños

Los comportamientos sedentarios se caracterizan por actividades que conllevan un bajo gasto energético, como ver televisión, uso de tabletas o videojuegos, o estar sentados todo el día sin salir de casa. Aun cuando restringir las horas frente al televisor o las pantallas no mejora por sí sola la obesidad, puede ayudar a prevenirla cuando se acompaña de indicaciones dietéticas y actividad física. Se ha observado que, junto con educar en alimentación y nutrición, aumentar las horas de actividad física en los establecimientos educacionales puede contribuir de forma importante a disminuir la obesidad. La OMS recomienda un mínimo de 60 min diarios de actividad física moderada o intensa para los niños y jóvenes entre 5 y 17 años. Si la actividad física es superior a los 60 min, el beneficio será aún mayor para la salud, y el ideal es que sea aeróbica. Las nuevas recomendaciones del año 2020 agregaron ejercicios de fuerza-resistencia tres veces a la semana para reforzar la musculatura. La actividad física debería consistir en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, clases de educación física o ejercicios programados. En el caso de los niños y jóvenes inactivos, se recomienda aumentar progresivamente la actividad física, comenzando poco a poco y aumentando gradualmente su duración, frecuencia e intensidad. No obstante, si los niños realizan niveles inferiores a los recomendados, esto les reportará mayores beneficios que la inactividad. En un metaanálisis realizado con el sistema Cochrane Database se demostró que las intervenciones que solo se centran en la actividad física pueden reducir el riesgo de obesidad en los niños de 6 a 12 años y los adolescentes de 13 a 18 años. En estos grupos de edad, no hay evidencia de que las intervenciones que solo se centran en la dieta sean efectivas. En cambio, existen pruebas de que la dieta combinada con intervenciones de actividad física sí pueden ser efectivas.

Efecto de las pantallas y los equipos electrónicos en la obesidad infantil

En la vida moderna, el uso de pantallas y el consumo lúdico de los dispositivos digitales no solo es excesivo o exagerado, sino simplemente exorbitado y fuera de control. Los niños y los adolescentes tienen una verdadera obsesión por conectarse,

lo cual impide realizar actividades esenciales para el desarrollo humano, como dormir, leer, dialogar con los familiares o hacer los deberes, arte y especialmente deporte y actividad física. Esto afecta gravemente al desarrollo intelectual, emocional y la salud de los niños, en particular por la inactividad física, que favorece la obesidad infantil. En años anteriores, el efecto de las pantallas se reducía principalmente a la televisión, pero actualmente los niños y los adolescentes, desde muy pequeños, tienen cada día más acceso a celulares inteligentes, que son verdaderos minicomputadores y les permiten acceder a todo tipo de información, juegos y redes sociales. En cada escuela y familia su uso y abuso constituyen un tema altamente conflictivo para los padres y profesores, que se ven sobrepasados por esta verdadera obsesión por conectarse de los niños y adolescentes.

Algunos efectos de las pantallas en la salud – Aumentan el sedentarismo – Incrementan el consumo de comida no saludable, tabaco y alcohol – Aumentan el riesgo de mortalidad, especialmente por enfermedades cardiovasculares – Afectan al potencial de desarrollo cerebral – Afectan a la visión – Producen trastornos metabólicos a nivel muscular – Favorecen desórdenes emocionales como depresión, ansiedad y suicidio. Además del efecto devastador de las pantallas en el sueño, se incrementa el sedentarismo, que es un gran factor causal de obesidad y de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la obesidad. Con solo dos años de edad, el consumo medio de tecnología (smartphones, ordenadores, tabletas) se sitúa en torno a las 3 horas diarias. Un preadolescente, entre 8 y 12 años, pasa frente a las pantallas un promedio de 4,5 h, o sea, un tercio de su tiempo de vigilia. En la adolescencia (13-18 años) se produce un nuevo incremento en las horas de pantalla por el uso de celulares a 6 h y 40 min, lo que equivale al 40% del tiempo en vigilia de un día. Además, en sectores socioeconómicos bajos existe evidencia de que los niños pasarían hasta 2,5 h más frente a las pantallas –especialmente en las redes sociales– que aquellos con más recursos. Por otra parte, el efecto negativo se debe en gran medida a que el cerebro no está adaptado a la agresión digital. El cerebro, para adaptarse, necesita medida sensorial y presencia humana. Desafortunadamente, lo digital aporta justo lo contrario: un mundo construido a base de un bombardeo constante de estímulos y una gran pobreza de relaciones interpersonales, lo que altera su potencial de desarrollo, especialmente en los periodos de infancia y adolescencia, que son de gran plasticidad cerebral.

Un seguimiento de siete años en 9,000 adultos mostró que por cada hora diaria frente al televisor el riesgo de fallecer por cualquier causa aumenta un 10%, y en el caso de las enfermedades cardiovasculares este riesgo aumenta a un 15%. En otro estudio se señala que cuando el tiempo de pantalla pasa de 2 a más de 4 h, el riesgo de morir se multiplica por 1,5 y se duplica el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular. Existen numerosos efectos de las pantallas sobre la visión por su efecto sobre la lubricación de la superficie ocular, especialmente en las personas que pasan más de 7 h al día delante de las pantallas. Esto se produce por la poca frecuencia del parpadeo debido a la fijación visual, que hace que las lágrimas se evaporen rápidamente, desencadenando una mala lubricación de los ojos.

En estudios recientes se muestra el aumento de la miopía en los niños con predisposición genética que están muchas horas expuestos a las pantallas, como es el caso de las computadoras. Además de la inactividad física, el estar sentado frente a una pantalla aumenta el consumo de comida no saludable, tabaco y alcohol, especialmente en los adolescentes. El daño que produce estar sentado por un tiempo prolongado está siendo investigado, y al parecer genera una serie de trastornos metabólicos a nivel muscular, cuya acumulación resulta peligrosa a largo plazo. También se ha demostrado que favorece la aparición de desórdenes emocionales como depresión, ansiedad y suicidio. (10)

B) Justificación

La obesidad es una de las enfermedades con mayor prevalencia en los últimos años y constituye un factor de riesgo en la morbilidad de varias enfermedades crónico degenerativas, como son: la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, las cuales a su vez presentan complicaciones cardiovasculares, con alta morbi-mortalidad como el Infarto Agudo al Miocardio y la Enfermedad Cerebrovascular.

El Estado de Colima ocupa el tercer lugar en obesidad infantil y el sexto en obesidad en personas adultas, lo que constituye un problema de salud pública. A pesar de ello, no se ha realizado un estudio de tamizaje para la detección temprana de sobrepeso u obesidad; así como de trastornos metabólicos, dirigido a la población escolar: preescolar, primaria y secundaria. Más del 60 % de los niños que están con sobrepeso en el período prepuberal, y 80 % de los que lo están en la adolescencia, continuarán con sobrepeso en la adultez temprana. Este proyecto permitirá intervenir en materia de salud con atención médica, asesoría nutrimental y actividad física a las personas que resulten con alteraciones metabólicas, sobrepeso u obesidad.

El impacto que se proyecta alcanzar es la disminución de las tasas de sobrepeso y obesidad a un plazo de 10 años y de manera indirecta disminuir la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas. Esto repercutirá en una mejor calidad de vida e incremento en la sobrevida. Además, se disminuirá el gasto de manera directa por atención médica de las personas con enfermedades crónicas y sus complicaciones, y de manera indirecta, al reducir incapacidades y baja productividad laboral.

Los resultados de este proyecto servirán de base para el desarrollo de vías clínicas y la toma de decisiones en materia de Salud Pública, las cuales podrán tener aplicabilidad nacional e internacional, ya que la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a escala mundial.

Este proyecto cuenta con los recursos humanos, financieros y de infraestructura necesarios para su desarrollo, por lo que es factible su realización.

Pregunta de investigación

1. ¿Cuál es la incidencia de sobrepeso u obesidad en la población infantil y adolescente del estado de Colima?
2. ¿La intervención basada en atención médica, asesoría nutricional y programa de actividad física logra reducir el IMC?

Hipótesis

1. El 60% de las personas tamizadas presentan sobrepeso u obesidad.
2. Las personas que sean intervenidas mediante atención médica, asesoría nutrimental y actividad física disminuirán su índice de masa corporal.

Hipótesis alterna

1. Menos del 60% de las personas tamizadas presentan sobrepeso u obesidad.
2. Las personas que sean intervenidas mediante atención médica, asesoría nutrimental y actividad física incrementarán su índice de masa corporal.

Hipótesis nula

1. Menos del 60% de las personas tamizadas presentan sobrepeso u obesidad.
2. Las personas que sean intervenidas mediante atención médica, asesoría nutrimental y actividad física no tendrán modificaciones en su índice de masa corporal.

C) Objetivo General

De acuerdo al Plan Estatal de Desarrollo Colima 2021-2027, el cual dentro del eje Bienestar para todas y todos, con el objetivo de fortalecer la salud pública del Estado en beneficio de todas y todos los habitantes, se realizará la detección de sobrepeso, obesidad y alteraciones metabólicas en población escolar; así como, medir el efecto de la intervención de atención médica, asesoría nutricional y actividad física en el control de peso y control metabólico.

Objetivos específicos:

1. Determinar el peso, talla, IMC, circunferencia de cadera y cintura en la población escolar.
2. Determinar el estado metabólico en la población escolar.
3. Realizar intervención mediante atención médica, asesoría nutrimental y actividad física a las personas que se les haya detectado sobrepeso, obesidad o alguna alteración metabólica.
4. Medir el efecto de la intervención en el control de peso y control metabólico.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio de cohorte, prospectivo, multicéntrico.

Universo

Alumnos matriculados en escuelas públicas del Estado de Colima; 309 de nivel preescolar, 457 de nivel primaria y 171 de nivel secundaria.

Cálculo del tamaño de muestra

Se incluirán a todos los escolares matriculados en escuelas públicas de nivel preescolar, primaria y secundaria, los cuales son en total **134,225 personas**.

2. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Estar matriculado en una escuela pública de nivel preescolar, primaria y secundaria.
- Edad de 3 a 15 años.
- Ambos sexos.
- Contar con el consentimiento informado firmado por madre, padre o tutor legal.

Criterios de exclusión

- Padecer una enfermedad metabólica ya diagnosticada.
- Tener limitaciones para realizar actividades físicas.

Criterios de eliminación

- Que la o el menor desee abandonar el protocolo.
- Que la madre, padre o tutor legal desee abandonar el protocolo.

3. Variables

Dependiente

Índice de masa corporal

Definición conceptual: es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros. El IMC es un método de evaluación fácil y económico para la categoría de peso: bajo peso, peso saludable, sobrepeso, y obesidad.

Definición operativa: se definirá según el Índice de masa corporal como:

Peso bajo: menor a 18.5 kg/m².

Peso saludable: 18.6 a 24.9 kg/m²

Sobrepeso: 25 a 29.9 kg/m²

Obesidad: 30.0 o mayor kg/m²

Naturaleza: Cualitativa, ordinal

Indicador: Peso bajo, peso saludable, sobrepeso, obesidad.

Intervinientes:

Edad

Definición conceptual: Número de años cumplidos a la fecha del estudio.

Definición operativa: Número de años cumplidos a la fecha del estudio.

Naturales: Cuantitativa, ordinal.

Indicador: Años.

Sexo

Definición conceptual: hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.

Definición operativa: Se definirá según la expresión de caracteres sexuales.

Naturaleza: Cualitativa, nominal.

Indicador: Hombre o Mujer.

Peso

Definición conceptual: Fuerza con la que la tierra atrae a un cuerpo.

Definición operativa: Fuerza con la que la tierra atrae a un cuerpo.

Naturaleza: Cuantitativa, continua.

Indicador: Kilos.

Talla

Definición conceptual: Altura de una persona.

Definición operativa: Altura de la persona al momento de la prueba.

Naturaleza: Cuantitativa, discreta.

Indicador: Centímetros.

Circunferencia de cintura

Definición conceptual: Medida de la parte más estrecha del tronco del cuerpo humano, por encima de las caderas.

Definición operacional: Medida de la circunferencia de la persona en el punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca.

Naturaleza: Cuantitativa, discreta.

Indicador: Centímetros.

Circunferencia de cadera

Definición conceptual: Medida de la circunferencia a nivel de las crestas ilíacas en la parte más prominente de los glúteos.

Definición operativa: Medida de la circunferencia a nivel de las crestas ilíacas en la parte más prominente de los glúteos.

Naturaleza: Cuantitativa, discreta.

Indicador: centímetros.

Glucosa

Definición nominal: La glucosa es un monosacárido con fórmula molecular $C_6H_{12}O_6$ aldosa, esto es, el grupo carbonilo está en el extremo de la molécula.

Definición operacional: Se considerará la cantidad de glucosa en sangre periférica posterior a 8 horas de la última ingesta de alimentos.

Naturaleza: Cuantitativa, continua.

Indicador: mg/dl

Hemoglobina glucosilada

Definición nominal: Es una heteroproteína de la sangre que resulta de la unión de la hemoglobina con glúcidos unidos a cadenas carbonadas con funciones ácidas en el carbono 3 y 4.

Definición operativa: El porcentaje de eritrocitos que tienen la hemoglobina cubierta de azúcar.

Naturaleza: Cuantitativa, continua.

Indicador: porcentaje

Colesterol total

Definición nominal: El colesterol es una sustancia cerosa. El hígado produce todo el colesterol que el cuerpo necesita. El resto del colesterol en el cuerpo proviene de los alimentos de origen animal tales como carne de res, aves y productos lácteos enteros.

Definición operacional: Se considerará la suma del colesterol de baja densidad, más el colesterol de alta densidad, más el 20% de triglicéridos.

Naturaleza: Cuantitativa continua.

Indicador: mg/dl.

Triglicéridos

Definición nominal: Son un tipo de grasa que circula en la sangre. Son el tipo más frecuente de grasas en el cuerpo. Los triglicéridos provienen de los alimentos, especialmente la mantequilla, los aceites y otras grasas que ingiere. Los triglicéridos también provienen de las calorías adicionales que su cuerpo no necesita en forma inmediata. Las calorías sin utilizar se almacenan como triglicéridos en las células grasas.

Definición operativa: Cantidad de triglicéridos en sangre periférica tomada posterior a horas de ayuno.

Naturaleza: Cuantitativa, continua.

Indicador: mg/dl.

4. Procedimiento

Se dará a conocer el protocolo a las y los maestros de los tres niveles educativos (preescolar, primaria y secundaria) para contar con su apoyo en la sensibilización de las madres y los padres de familia y acepten la firma del consentimiento informado.

El consentimiento informado se le entregará a cada uno de las y los alumnos, para que sea firmado por su madre, padre o tutor legal; ya sea con la autorización o la negativa de autorización y deberá entregarlo a su Maestro(a). En caso de que la madre, padre o tutor legal no autorice la participación de la o el alumno, el Maestro(a) le hará la invitación a que acuda al plantel educativo correspondiente el día del tamizaje, para que personal de salud pueda otorgar información y se permita la participación de la o el alumno.

Una unidad médica móvil acudirá a las escuelas participantes.

Al alumnado que cumplan con los criterios de inclusión se les pesará y medirá talla, circunferencia de cadera y circunferencia de cintura. Estos datos se irán registrando en una base de datos y en el carnet que se les entregará. Posteriormente ingresarán a la unidad móvil para que se les tome una muestra de sangre periférica del antebrazo. Para la toma de muestra, la o el alumno deberá estar sentado, con el brazo no dominante extendido y apoyado sobre una superficie firme. Se le realizará antisepsia en la cara anterior del antebrazo a nivel del codo utilizando una torunda de algodón con alcohol de 96° y se le colocará un torniquete en la parte superior del brazo. Se realizará la localización de una vena periférica mediante palpación. Una vez localizada la vena, se procederá a realizar la punción con una aguja 22G extrayendo con la jeringa de 5 ml de sangre. Al momento de retirar la aguja se realizará presión durante un minuto en el sitio de la punción con una torunda.

La muestra sanguínea se someterá a análisis utilizando el equipo analizador de química clínica marca Roche, modelo cobas c 111. El cual, procesa 100 pruebas por hora.

Los resultados se imprimirán en el carnet de cada alumno o alumna, en donde se les señalará si existe alguna alteración en los parámetros clínicos. Además, la madre, padre o tutor podrá tener acceso a esos resultados mediante una aplicación telefónica de manera inmediata, y/o acudiendo a la unidad de salud que le corresponda por localidad, dos semanas posteriores a la realización del tamizaje.

A las y los alumnos que presenten alteraciones metabólicas, bajo peso, sobrepeso u obesidad, se les brindará atención médica general y se derivará con el médico especialista dependiendo de la alteración detectada, asesoría nutricional enfocada en el plato del buen comer y la jarra del buen beber de manera mensual y se les dará un programa de actividad física personalizada adicional a las actividades realizadas en la clase de educación física escolar; así como, un programa de actividades para casa.

Las actividades descritas se realizarán de manera anual en las escuelas participantes, dando seguimiento durante tres años consecutivos a todos las y los alumnos tamizados durante el 2024.

5. Análisis estadístico

El análisis descriptivo de las variables de naturaleza cualitativa se analizará mediante frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas se analizarán mediante rangos, promedios, media y mediana.

El análisis inferencial se realizará utilizando Chi cuadrado o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la distribución de la muestra. Para las variables cuantitativas se utilizará ANOVA de dos vías si la muestra presenta distribución normal o Kruskal-Wallis en caso de tener una distribución anormal.

Se considerará una diferencia significativa con un valor de p menor o igual a 0.05.

6. Recursos humanos y económicos e infraestructura

Se cuenta con tres unidades médicas móviles, con dos consultorios, los cuales están equipados con un escritorio, dos sillas, espacio para toma de muestra sanguínea, una báscula con estadímetro y cinta métrica, una laptop e impresora.

Tres equipos analizadores de química clínica marca Roche, modelo cobas c 111. Los cuales procesan 100 pruebas por hora. También se contará con 3 equipos de oximetría.

Participarán 6 médicos generales, 6 nutriólogas y 6 enfermeras, quienes conformarán equipos multidisciplinarios; de manera que se encontrarán dos equipos por unidad móvil, cada uno en un consultorio.

El proyecto tiene un costo estimado de 10 millones de pesos de manera anual, por lo que costo aproximado será de 30 millones de pesos por los 3 años de seguimiento. El costo será solventado con los recursos asignados al Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Estado de Colima.

7. Consideraciones éticas

El protocolo cumple con la Declaración de Helsinki. Además, se respetan los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y justicia. Se incluirán a todo el alumnado sin distinción.

Acorde a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, presenta un riesgo menor ya que se realizará una punción en el antebrazo. Las complicaciones que se pueden presentar son: dolor en el sitio de punción y/o hematoma.

Se le pedirá consentimiento informado a las madres, padres o tutores legales de las y los alumnos. (Anexo 1)

8. Cronograma de actividades

Actividades	Enero-Marzo 2024	Enero-Marzo 2025	Enero Marzo 2026
Revisión bibliográfica	P	P	P
Presentación y aprobación del protocolo	P		
Toma de medidas antropométricas	P	P	P
Realización de análisis clínicos	P	P	P
Análisis de resultados	P	P	P
Publicación de resultados		P	P

P= Programado

R= Realizado

Durante el periodo de las Campañas Electorales del proceso electoral 2023-2024, se continuará realizando el servicio de tamizaje sin afectar los principios de imparcialidad, equidad y neutralidad que deben observarse en los procesos electorales. Asimismo, el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Estado de Colima se abstendrá de usar logos, emblemas, nombres, imágenes, voces o símbolos que impliquen promoción personalizada de cualquier persona servidora pública que generen confusión o identidad con un partido político, gobernante o con la imagen institucional del Instituto Nacional Electoral o del Instituto Electoral del Estado.

1. Transparencia

Las presentes Reglas de Operación son de carácter público mismas, que se encontrarán disponibles en el sitio web del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Estado de Colima, así como también en el portal de Transparencia del Gobierno del Estado.

Toda la documentación oficial, publicidad y promoción del Programa incluirá el logotipo del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Estado de Colima, del Programa y la leyenda: "Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político, queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa".

Asimismo, los formatos que contengan datos personales contarán con la declaratoria de tratamiento de información, de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Colima, y requerirán autorización por parte de la persona interesada en participar en el presente Programa.

2. Vigencia

Las presentes Reglas de Operación se expiden y aprueban a los 1 días del mes de diciembre de 2023 y tendrán vigencia desde esta fecha hasta el día 31 de marzo de 2026.

Publíquense por una sola ocasión en el Periódico Oficial "El Estado de Colima".

Atentamente,

MARTHA JANETH ESPINOSA MEJÍA
Secretaria de Salud y
Presidenta Ejecutiva de los Servicios de
Salud del Estado de Colima
Firma.

ANEXO 1

Carta de consentimiento informado para participar en el proyecto Tamizaje escolar

El Estado de Colima es uno de los estados con mayor cantidad de niños que padecen desnutrición, sobrepeso u obesidad. Con la finalidad de realizar una detección temprana y dar un tratamiento oportuno, de las alteraciones nutrimentales que los infantes, niños y adolescentes pueden presentar, la Secretaría de Salud está realizando un proyecto de Tamizaje escolar. Este proyecto consiste en tomar medidas de la estatura, peso. Además se les tomará una muestra de sangre periférica la cual consiste en realizar una punción en el antebrazo de la persona para obtener 5 ml de sangre; con la cual, se realizarán análisis clínicos que detectarán los siguientes parámetros: Perfil de diabetes: Glucosa, Hemoglobina A1, Perfil lipídico: Colesterol total, Triglicéridos. Los riesgos de esta punción consisten en dolor, hematoma o infección en el sitio de la punción. Los resultados que se obtengan del análisis clínico me serán entregados a través una aplicación o acudiendo a mi centro de salud más cercano.

Se me ha explicado que dependiendo de los resultados se le proporcionará atención integral que consiste en consulta médica, orientación nutricional y actividad física que le permitirán mejorar su salud.

Lo anterior, una vez que fui informado (a) objetivo y finalidad de esta prueba, así como los posibles resultados y las posibles intervenciones en caso de ser necesarias. Sabiendo que dicha información recabada se manejará bajo los principios de privacidad y protección de datos doy mi consentimiento para su participación.

Lo anterior apegado a lo dispuesto en el apartado 3.2.2 de la Norma *Oficial Mexicana NOM – 009 –SSA2- 1993, para el Fomento de la Salud Escolar.*

Nombre del participante: _____

Nombre de Madre, Padre o Tutor: _____

Firma: _____

Responsable del tamizaje, dependencia: Secretaria de Salud

Nombre _____

Firma _____

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE COLIMA, SESA, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:

Finalidad	¿Requieren consentimiento o del titular?	
	NO	SI
Detección oportuna de desnutrición en niños y niñas de preescolar, primaria y secundaria		X
Detección oportuna de sobrepeso en niños y niñas de preescolar, primaria y secundaria		X
Detección oportuna de obesidad en niños y niñas de preescolar, primaria y secundaria		X
Otorgar plan de atención integral para el cuidado de la salud en niños y niñas		X

En caso de que para las siguientes finalidades consienta su tratamiento, dado que para las mismas requerimos su consentimiento expreso, le solicitamos que lo manifieste a continuación:

Consiento que los datos personales de mi hijo (a) se utilicen para los siguientes fines:

Detección oportuna de desnutrición en niños y niñas de preescolar, primaria y secundaria

Detección oportuna de sobrepeso en niños y niñas de preescolar, primaria y secundaria

Detección oportuna de obesidad en niños y niñas de preescolar, primaria y secundaria

Otorgar plan de atención integral para el cuidado de la salud en niños y niñas

Nombre y firma del padre, madre o representante legal: _____

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estas finalidades que requieren su consentimiento podrá indicarlo en: Acudir a la Unidad de Transparencia de los Servicios de Salud del Estado de Colima con domicilio en Av. Liceo de Varones esquina con calle Dr. Rubén Argüero, colonia la Esperanza en la Ciudad de Colima; Colima, correo electrónico transparenciasalud@saludcolima.gob.mx

¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrá consultar en: [https://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/index_opd.php#go AvisosPrivacidad](https://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/index_opd.php#go_AvisosPrivacidad)

Última actualización: 23/01/2024

SIN TEXTO



EL ESTADO DE COLIMA

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO
CONSTITUCIONAL DEL ESTADO

DIRECTORIO

Indira Vizcaíno Silva

Gobernadora Constitucional del Estado de Colima

Alberto Eloy García Alcaraz

Secretario General de Gobierno y
Director del Periódico Oficial

Guillermo de Jesús Navarrete Zamora

Director General de Gobierno

Licda. Adriana Amador Ramírez

Jefa del Departamento de Proyectos

Colaboradores:

CP. Betsabé Estrada Morán
ISC. Edgar Javier Díaz Gutiérrez
ISC. José Manuel Chávez Rodríguez
LI. Marian Murguía Ceja

LEM. Daniela Elizabeth Farías Farías
Lic. Gregorio Ruiz Larios
Mtra. Lidia Luna González
C. Ma. del Carmen Elisea Quintero
Licda. Perla Yesenia Rosales Angulo

Para lo relativo a las publicaciones que se hagan en este periódico, los interesados deberán dirigirse a la Secretaría General de Gobierno.

El contenido de los documentos físicos, electrónicos, en medio magnético y vía electrónica presentados para su publicación en el Periódico Oficial ante la Secretaría General de Gobierno, es responsabilidad del solicitante de la publicación.

Tel. (312) 316 2000 ext. 27841
publicacionesdirecciongeneral@gmail.com
Tiraje: 500