

TERCERA SECCION

SECRETARIA DE SALUD

RESPUESTAS a los comentarios recibidos al Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, publicado el 25 de enero de 2017.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 47, fracciones II y III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o., fracciones I, II y XVI, 13, apartado A, fracciones I y II, 27, fracciones III y IX, 45, 47, 48, 111, fracción II, 112, fracción III, 114 y 115, fracciones I, II y VI, de la Ley General de Salud; 33, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4o., 5o., 8o., 9o., 10, fracción I, 19, 20 21, 26, 28, 38 y 94, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 8, fracción V y 9, fracción IV Bis, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, las respuestas a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017.

Como resultado del análisis que realizó el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, de los comentarios recibidos de los promoventes, se consideró dar respuesta a los mismos en los términos siguientes:

PROMOVENTE	RESPUESTA
<p>1. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. PREFACIO En la elaboración del presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana participaron: (...) Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. Justificación: La inclusión de Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas A.C. dará mayor validez al documento, ya que este tiene la representación académica y profesional de la Sociedad Médica en México que incluye al grupo de Cirujanos y equipos multidisciplinarios encargados del manejo quirúrgico de la obesidad en México.</p>	<p>No se acepta el comentario, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el punto 6.1.3, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, en razón de que el Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C., no participó en la revisión del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Su participación se da con motivo del envío de comentarios durante el lapso de 60 días en consulta pública, posteriores a la publicación del Proyecto en el Diario Oficial de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Por lo que no es posible incluirlo en el listado de instituciones participantes en la elaboración de dicha Norma.</p>

<p>2. Dr. Raymundo Rosas Munguía Y se eliminaron (no sin gran sorpresa e incredulidad) las siguientes 16! ⁽¹⁾ :</p> <p>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Secretaría de Salud y Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche, Servicios de Salud en Coahuila, Secretaría de Salud de los Servicios de Salud de Durango, Secretaría de Salud de Guanajuato, Secretaría de Salud del Instituto de Salud del Estado de México, Secretaría de Salud en el Estado de Oaxaca, Secretaría de Salud en Querétaro. Servicios de Salud de Veracruz, ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA GENERAL, A.C., ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA ENDOSCOPICA, A.C., ASOCIACION MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA, A.C., ASOCIACION MEXICANA DE MIEMBROS DE FACULTADES Y ESCUELAS DE NUTRICION, A.C., COLEGIO DE POSTGRADUADOS EN CIRUGIA GENERAL, A.C., y el HOSPITAL DE LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P., ¡lo que se presta a suspicacias!</p> <p>Por otro lado, no veo en este directorio a particulares considerados como líderes de opinión o referentes en el tema y/o a instituciones igualmente destacadas como la Academia Mexicana para el Estudio de la Obesidad (AMEO), A. C., así como desde la primer versión de esta norma⁽³⁾, no han figurado la Facultad de Medicina de la UNAM ni el Instituto Politécnico Nacional (¿será que no existe en estas dos el conocimiento suficiente y adecuado sobre la materia, lo que no les permite aportar ideas y sugerencias al presente proyecto?), la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A. C. y la Sociedad Mexicana de Cirugía de la Obesidad, A. C. (esta dos últimas participantes solo en la primera versión de 1998 de esta norma), el Colegio de Medicina Interna de México ni la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) como si lo hicieron activamente en la elaboración de otras normas como las de Diabetes ⁽⁴⁾. Hipertensión Arterial ⁽⁵⁾ y Dislipidemias ⁽⁶⁾, ¡situación que deja mucho que desear, e igualmente se presta a suspicacias!</p> <p>1. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. DOF: 04/08/2010.</p> <p>3. Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad (Publicada el 12 de abril de 2000 en el Diario Oficial de la Federación).</p> <p>4. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.</p> <p>5. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.</p> <p>6. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.</p>	<p>No se acepta el comentario, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el punto 6.1.3, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, toda vez que para la revisión del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, se realizó la convocatoria de participación a 40 dependencias, instituciones de salud y de educación superior, colegios y asociaciones de los sectores público, social y privado; entre los convocados estaban incluidas diversas instituciones que afirma "se eliminaron".</p> <p>Por lo que, el Prefacio de la Norma está integrado únicamente por las instituciones que asistieron a las siete sesiones de trabajo para la revisión del Proyecto de Norma Oficial Mexicana que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017.</p>
<p>3. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. ÍNDICE (...) 10. Medidas contraindicadas para la atención integral del sobrepeso y la obesidad (...) Justificación: El uso de la palabra restrictivas confunde el término a que refiere el numeral 10. Debiendo corresponder este a las Medidas contraindicadas para la atención integral del sobrepeso y obesidad. Como se describe más adelante en la misma NOM.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción del punto 10 del índice, para quedar como sigue: 10. Contraindicaciones en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.</p>

4. Dr. Vicente Cárdenas Tovar**Academia Mexicana para el Estudio de la Obesidad, A.C.**

1. Considerar los datos (muy actualizados) que aporta la ENSANUNT de Medio Camino 2016 que señala una prevalencia combinada de Sobrepeso y Obesidad en 2016 para la población adulta 72.5%

2. ATENDER LA DECLARACIÓN DE EMERGENCIA EPIDEMIOLOGICA, DE LA SECRETARÍA DE SALUD, PARA FORTALECER Y APUNTALAR LAS ACCIONES DE LA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES. Sobre todo en el primer nivel de atención.

5. Dr. Raymundo Rosas Munguía

En los comentarios de la introducción se realizaron cambios en la redacción, acordes con el momento histórico actual y con base en los resultados de la encuesta ENSANUT 2012 que, aunque ya atrasada, es la información más actualizada con la que contamos ⁽⁷⁾.

En el este proyecto en lo general, varios conceptos y puntos fueron ampliados y/o reubicados, algunos de ellos de manera más conveniente pero que no es caso de la mayoría, lo que a momentos genera **confusión y/o repetitividad**.

Llama la atención que en el párrafo cuarto de la anterior norma se lee textual ⁽¹⁾: *"Por ello, esta Norma Oficial Mexicana, de conformidad con la legislación sanitaria aplicable y la libertad prescriptiva en la práctica médica, procura la atención del usuario de acuerdo con las circunstancias en que cada caso se presente"* y, que en el párrafo sexto del proyecto ⁽²⁾ se haya eliminado este concepto y no entiendo la razón!; **¿será que se pretende coartar esa libertad prescriptiva?**

Hasta este momento la redacción me parece aceptable, a excepción de lo arriba mencionado.

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. DOF: 04/08/2010.

2. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469855&fecha=25/01/2017

7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

6. Dr. Ángel González Domínguez**Secretaría de Salud de la Ciudad de México****Introducción.**

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública, se demuestra que la ~~incidencia~~ y prevalencia del sobrepeso y la obesidad ~~han aumentado de manera progresiva durante los últimos 6 decenios y de modo~~ y alarmante en los últimos 20 años, **hasta alcanzar cifras de 10% en menores de 5 años, 34% en la población de edad escolar (de 5 a 11 años), 35% en la adolescencia y 71% en los adultos.**

En 2012, 26 millones de adultos presentaban sobrepeso y **24 millones, obesidad. Las mujeres tienen una prevalencia mayor de sobrepeso u obesidad que los hombres (73% y 69%, respectivamente). Por sexo y grupos de edad, la prevalencia de obesidad más alta se presenta en hombres de 40 a 49 años y en mujeres de 50 a 59 años, respectivamente en el grupo de edad de los 40 a los 49 años, por lo cual se estima que estas cifras la prevalencia del sobrepeso y la obesidad** continuarán aumentando, por lo que para el año 2050 se prevé que el 88% de los hombres y el 91% de las mujeres presenten sobrepeso y obesidad.

Justificación: La ENSANUT, al ser un estudio de tipo transversal, sólo reporta prevalencias.

La primera Encuesta Nacional de Nutrición, se realizó en 1988, por lo que la comparación de resultados es a partir de esta fecha; así mismo, la epidemia de obesidad se describió por primera vez en la Encuesta realizada en 1999.

Se aceptan los comentarios, se actualizan los datos estadísticos y se precisa la redacción de la introducción, para quedar como sigue:

El sobrepeso y la obesidad, son condiciones que se relacionan con la susceptibilidad genética, con trastornos psicológicos, sociales y metabólicos; que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon, próstata, entre otros padecimientos.

México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial y de manera particular, el primer lugar de obesidad infantil, siendo un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino ENSANUT MC 2016, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública, se demuestra un aumento en la prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos. La Prevalencia combinada del sobrepeso y la obesidad en menores de 5 a 11 años de edad, disminuyó de 34.4 en 2012 a 33.2% en 2016, una reducción de 1.2 puntos porcentuales. La prevalencia del sobrepeso fue de 17.9 y de obesidad 15.3% en 2016, la cifra fue de 1.9 puntos porcentuales menor a la observada en 2012.

En la población adulta mayor de 20 años de edad, la prevalencia combinada del sobrepeso y la obesidad pasó de 71.2% en 2012 a 72.5% en 2016, este aumento es de 1.3 puntos porcentuales. En mujeres adultas, se observa un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad, la prevalencia combinada es de 75.6% y en hombres la prevalencia combinada es 69.4% en 2016. Aunque las prevalencias combinadas del sobrepeso y obesidad no son muy diferentes en zonas urbanas (72.9%) que en las rurales (71.6%), la prevalencia del sobrepeso fue de 4.5 puntos porcentuales más alta en las zonas rurales, mientras que la prevalencia de obesidad fue 5.8 puntos porcentuales más alta en las zonas urbanas.

Por ello, con la finalidad de fortalecer y apuntalar las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, esta Norma considera los criterios para el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan sobrepeso y obesidad, de acuerdo con las circunstancias de cada caso e invariablemente, se tomarán en cuenta, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, nutricional y psicológica así como la libertad prescriptiva de los profesionales de la salud.

Cabe destacar, que esta Norma regula la práctica de los profesionales y técnicos de las disciplinas para la salud, quienes deberán de prestar sus servicios en beneficio de los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Se modificaron los porcentajes de acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012.

Fuente:

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

7. Dra. Georgina E. Poblano Poblano

Favor de Actualizar la información de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016

Justificación:

<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/encuestas/resultados/ENSANUT.pdf>

8. Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad A.C.

En cuanto al índice 0, **sobre Introducción**, lo siguiente

Creemos conveniente se debe de Actualizar el rubro sobre las estadísticas, en base a los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016).

Considerando lo siguiente: En la población escolar la prevalencia de sobrepeso (20.6%) y de obesidad (12.2%) en niñas aumentaron a 20.6% y 11.8% respectivamente, las cuales fueron similares a las reportadas en 2012; en niños la prevalencia de obesidad en 2012 fue de 17.4% mientras que en 2016 de 18.6% sin embargo no se muestra estadísticamente diferente. La prevalencia de sobrepeso y obesidad se encuentra mayor en localidades urbanas (34.9%) que en las rurales (29%).

Por otra parte, en los adolescentes la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 36.3% mostrando un aumento en comparación con el 2012 que era de 34.9%. De acuerdo al sobrepeso en el sexo femenino se muestra 26.4% y en el masculino de 36.7%.

En la población adulta la prevalencia de sobrepeso y obesidad se encuentra en 72.5% presentando un aumento de 1.3 puntos porcentuales en comparación con la ENSANUT 2012. Existe una presencia de obesidad y obesidad mórbida mayor en el sexo femenino; siendo la obesidad abdominal de 87.7% en este sexo, mientras que en el sexo masculino se encuentra un porcentaje de 65.4%.

De acuerdo a la evaluación dietética, se observó un consumo elevado de alimentos como bebidas azucaradas (81.5%), botanas, dulces y postres (61.9%) y cereales dulces (53.4%). En cuanto a los grupos de alimentos 42.3% consumen regularmente verduras, 51.4% frutas, 70.0% leguminosas.

El 92.2 % considera que el consumo de bebidas azucaradas favorece el desarrollo de obesidad; el 95.6% vinculan la diabetes con la obesidad, el 80.8% cáncer, 91.3% dificultad para respirar o asma, 95.5% presión alta y enfermedades del corazón, 93.6% baja autoestima y depresión.

Se realizó un cuestionario de percepción sobre obesidad, comportamiento alimentario y actividad física encontrando que el 61.3% de la población supone que su alimentación es saludable y que el 67.3% se consideran físicamente activos. De acuerdo a las encuestas lo que evita que la población haga actividad física es la falta de tiempo (56.8%), falta de espacios adecuados y seguros (37.7%), falta de motivación (34%), la preferencia por actividades sedentarias (32.1%), la falta de actividad física en la familia (31%), problemas de salud (27.5%) y el desagrado por realizar actividad física (16.5%). Y lo que hace que no tengan una dieta correcta es la falta de dinero para comprar frutas y verduras (50.4%), falta de conocimiento (38.4%) y tiempo (34.4%) para preparar alimentos saludables, falta de una alimentación saludable en la familia (32.4%), preferencia por consumir bebidas azucaradas y comida chatarra (31.6%), falta de motivación (28.3%) y desagrado por el sabor de las verduras (23%).

En cuanto a la autopercepción el 48.4% de la población se identificó con sobrepeso y el 6.7% con obesidad; el 40% piensa que la obesidad es hereditaria, el 88.3% la asocia a bebidas azucaradas, el 89.3% al uso de computadora y televisión y el 94.8% al sedentarismo. Un 7.5% de la población urbana considera que tiene obesidad, en comparación con un 3.8% de la rural.

<p>9. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>1. Objetivo. Esta Norma establece los criterios mínimos para la regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, así como las características mínimas que deben reunir los profesionales y técnicos de las disciplinas de la salud que intervengan en el tratamiento del paciente en los establecimientos para la atención médica de los sectores público social y privado, así como las características mínimas de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria que oferten servicios para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en los términos previstos en la misma.</p> <p>Justificación En el punto 2. Campo de aplicación, se mencionan establecimientos, por eso se sugiere incluir este concepto en el punto 1. Objetivo.</p> <p>10. COFEPRIS/CEMAR</p> <p>1. Objetivo y campo de aplicación Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios mínimos para el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad, las características mínimas que deben reunir los profesionales de las disciplinas de la salud que intervengan en el tratamiento del paciente y los requisitos mínimos de funcionamiento que deben cumplir los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado.</p> <p>Esta Norma Oficial Mexicana es aplicable para los profesionales de las disciplinas de la salud y para los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios para el tratamiento del sobrepeso y de la obesidad.</p> <p>Justificación: Se propone modificar la redacción del objetivo a fin de detallar los aspectos cubiertos en el Proyecto de Norma para ser sucinto, de tal manera que se pueda usar como resumen para propósitos bibliográficos; asimismo, se realizan otras modificaciones a la estructura y a la redacción de los capítulos.</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento con lo dispuesto en 6.2.1 de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2017.</p> <p>11. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>1. Objetivo. Esta Norma establece los criterios mínimos para la regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, así como las características mínimas que deben reunir los profesionales y técnicos de las disciplinas de la salud que intervengan en el tratamiento del paciente en los establecimientos para la atención médica de los sectores público social y privado, así como las características mínimas de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria que oferten servicios para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en los términos previstos en la misma.</p> <p>Justificación: En el punto 2. Campo de aplicación, se mencionan establecimientos, por eso se sugiere incluir este concepto en el punto 1. Objetivo</p> <p>12. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México</p> <p>Esta Norma establece los criterios mínimos para la regular...</p> <p>Justificación: Ajuste de la redacción</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se unifican las disposiciones del objetivo y campo de aplicación, se modifica la redacción para quedar como sigue:</p> <p>1. Objetivo y campo de aplicación 1.1 Esta Norma establece los criterios mínimos para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, las características mínimas que deben reunir los profesionales de las disciplinas de la salud que intervengan en el tratamiento del paciente y los requisitos mínimos de funcionamiento que deben cumplir los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado.</p> <p>1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria para los profesionales de las disciplinas de la salud y los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.</p>
--	---

<p>13. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>1. Objetivo.</p> <p>Esta Norma establece los criterios mínimos para la regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, así como las características mínimas que deben reunir los profesionales y técnicos de las disciplinas de la salud que intervengan en el tratamiento del paciente en los establecimientos para la atención médica de los sectores público social y privado, así como las características mínimas de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria que oferten servicios para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en los términos previstos en la misma.</p> <p>Justificación: En el punto 2. Campo de aplicación, se mencionan establecimientos, por eso se sugiere incluir este concepto en el punto 1. Objetivo</p>	
<p>14. COFEPRIS/CEMAR</p> <p>3. Referencias normativas</p> <p>Los siguientes documentos normativos vigentes o los que los sustituyan son indispensables para la aplicación de esta norma.</p> <p>...</p> <p>– Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto de 2015.</p> <p>Justificación: Se propone incluir en el capítulo 3. Referencias normativas a la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, en virtud de su publicación en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto de 2015 y de considerarse indispensable para la aplicación del Proyecto de Norma.</p> <p>Asimismo, se realizan modificaciones en la redacción del capítulo, en apego con lo dispuesto en 6.2.2 de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2017.</p>	<p>Se acepta el comentario, se incluye la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, en el capítulo de Referencias, se recorre la numeración y se incluye la cita en el numeral 5.4, para quedar como sigue:</p> <p>2.15 Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.</p> <p>5.4 Para garantizar la prestación de los servicios para la atención médica del paciente con sobrepeso u obesidad, el establecimiento debe observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta Norma, los establecidos en las normas oficiales mexicanas, citadas en los puntos 2.6, 2.7, 2.9, 2.10, 2.12 y 2.15, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.</p>
<p>15. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>3. Referencias</p> <p>Para la correcta interpretación y aplicación de esta norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:</p> <p>(...)</p> <p>3.13 NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.</p> <p>Justificación: La inclusión de las normas relacionadas pretende afianzar la necesidad de realizar la cirugía en los establecimientos correctos, con los requerimientos mínimos necesarios a vigilar en el ejercicio de la práctica quirúrgica. NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012 Esta norma establece los requisitos para unidades donde puede realizarse cirugía en pacientes que no requieren hospitalización más de 12 hrs y los pacientes requieren valoración anestesiología de ASA 1- 2. Solo deberán ser ultimadas para procedimientos endoscópicos. Ya que ninguna cirugía bariática debe efectuarse en unidades ambulatorias.</p>	<p>Se aceptan los comentarios, se incluyen las Normas Oficiales Mexicanas NOM-006-SSA3-2011 y NOM-026-SSA3-2012 al Capítulo de Referencias, se recorre la numeración y se citan las normas referidas en el numeral 7.5.1.7 de esta Norma, para quedar como sigue:</p> <p>2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.</p> <p>2.8 Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.</p> <p>7.5.1.7 Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad, deben ser de tipo restrictivo, malabsortivo o mixto; deben ofrecer al paciente las mejores alternativas y beneficios para el manejo y control de la obesidad, así como las comorbilidades asociadas, con el menor riesgo posible en las etapas pre, trans y postquirúrgicas, en los términos que establecen las normas oficiales mexicanas, citadas en los puntos 2.3 y 2.8, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.</p>

16. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos

Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.

3.14 NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

Justificación: **NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011**, Para la práctica de la anestesiología. Referente a lo indispensable en relación al acto anestésico de los pacientes.

3.15 ACUERDO por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México. DOF:11/09/2009.

Justificación: ACUERDO por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México. En este documento publicado en el DOF se establecen los requisitos mínimos de infraestructura para la realización de la cirugía bariátrica en México así como la necesidad del proceso de Certificación en Cirugía Bariátrica.

17. Dr. Raymundo Rosas Munguía

El orden en que son citadas la totalidad de estas doce normas (anteriores y agregadas) me resulta confuso; sugiero el siguiente más lógico:

a) Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

b) Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

c) Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

d) Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

e) Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

f) Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

g) Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

h) Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

i) Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

j) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

k) Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

l) Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

No se acepta el comentario, el orden de las Normas Oficiales Mexicanas citadas en el Capítulo de Referencias, se apega a lo dispuesto por el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el punto 6.2.2 y Apéndice C Informativo, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas.

<p>18. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Se sugiere agregar definiciones para “insumos para la salud”</p> <p>19. Dr. Diego Rueda Sierra Salud y Nutrición A.C. En materia de definiciones, es necesario incluir los siguientes conceptos para un claro entendimiento y aplicación de la norma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico (médico, nutricional, psicológico) 2. Tratamiento integral. 3. Porcentaje de grasa, porcentaje de músculo y grasa visceral. 4. Definiciones de cada profesionista que participa en el tratamiento integral <p>20. Dr. Raymundo Rosas Munguía Considero pertinente agregar la definición de tratamiento a largo plazo de la obesidad, ya que no existe, siendo muy importante, especialmente por cuanto a la duración de un tratamiento farmacológico se refiere ⁽¹⁸⁾.</p> <p>18. Glazer, Gary. Long-term pharmacotherapy of obesity 2000: A review of efficacy and safety. Arch Intern Med, Volume 161 (15). August 13/27,2001.1814-1824</p>	<p>No se acepta el comentario, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que el término insumos para la salud, se encuentra definido en el Artículo 194 Bis de la Ley General de Salud, por lo que no es necesario incluirlo en el cuerpo de la Norma. No obstante, no se formula una propuesta concreta.</p> <p>No se aceptan los comentarios conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma; los conceptos que se proponen definir, son de uso común, en el ámbito de la salud, sin que generen duda o confusión, por lo que no requieren definición.</p>
<p>21. Dr. Raymundo Rosas Munguía 4. Definiciones, símbolos y abreviaturas Se amplió de buena forma el capítulo de definiciones, separándolo convenientemente de lo referente a abreviaturas y, en el punto 4.1.1 se menciona (¿aceptando?) la toma de medicamentos dentro de adherencias terapéuticas.</p>	<p>No se acepta el comentario, toda vez que tiene razón, se amplió el número de definiciones, se separaron los símbolos y abreviaturas y se incluye la toma de medicamentos dentro del numeral 3.1, referente a adherencias terapéuticas.</p>
<p>22. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México 4.1.3 Calidad de la atención médica: otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad, competencia profesional y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y expectativas, las de los prestadores de servicios y las de las instituciones. Ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo utilizando los medios disponibles. Es el grado en el que los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados en salud y son consistentes con los conocimientos Justificación: De acuerdo a la definición de Calidad de la Atención Médica, referida en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GpCx6RKZ6eUJ:www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00E.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx, Así como en la definición propuesta en el PROY-NOM-002-SSA3-2016, para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.</p>	<p>No se acepta el comentario, la definición es clara y acorde con el objeto y alcance de la presente Norma, asimismo es concordante con criterios generales emitidos por la Organización Mundial de la Salud, por lo que, para los fines de la Norma Oficial Mexicana, no es necesario modificar la redacción.</p>

<p>23. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>En el punto 4.1.3 dice: “<i>Calidad de la atención médica: es el atributo por medio del cual los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones umentan la probabilidad de lograr los resultados deseados en la salud y son consistentes con los conocimientos profesionales actualizados</i> ⁽⁸⁾; <i>para otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad, competencia y con los medios disponibles para ofrecer el mayor beneficio con el menor riesgo</i>” (sic).</p> <p>En este punto, se habla de “los conocimientos profesionales actualizados”, con lo que, a mi juicio, por un lado, se puede entonces aceptar la evidencia científica existente sobre la farmacoterapia de la obesidad, y, por el otro, esto se confirma a través del concepto “medios disponibles”. Si algunos de estos fármacos (los llamados anorexígenos) son de los muy pocos “medios disponibles” con los que contamos actualmente y, además, están registrados en la Farmacopea Mexicana ⁽⁹⁾ y autorizados por la misma COFEPRIS, me resulta inexplicable la reticencia a aceptarlos ⁽¹⁰⁾ como herramientas para “umentar la probabilidad de lograr los resultados deseados en la salud” (sic nuevamente). ⁽¹¹⁾</p> <p>8. Halper A. Mancini MC. Treatment of obesity: an update in anti-obesity medications. <i>Obesity Rev</i> 2003;4, 25-42.</p> <p>9. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas -PLM®. 62ª edición. México. Thomson PLM, S.A. de C.V. 2016.</p> <p>10. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A, et al. Myths, Presumptions and Facts about Obesity. <i>N Engl J Med</i> 2013; 368:446-454. January 31, 2013. DOI: 10.1056/NEJMsa1208051</p> <p>11. Hernández-Jiménez S. Fisiopatología de la Obesidad. <i>Gac Méd Méx</i> 2004 vol.140, Sup n° 2;27-32.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, la definición es clara y acorde con el objeto y alcance de la presente Norma, asimismo, es concordante con criterios generales emitidos por la Organización Mundial de la Salud, por lo que, para los fines de la Norma Oficial Mexicana, no es necesario modificar la redacción de la definición de la calidad de la atención médica que se ubica actualmente en el numeral 3.3.</p> <p>Con relación al tema de la Farmacopea Mexicana, se precisa y modifica la redacción de los puntos siguientes para quedar como sigue:</p> <p>10.1.2 Prescribir tratamientos a base de fármacos, productos o procedimientos que no cuenten con evidencia científica, eficacia terapéutica, seguridad y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica para su uso o aplicación y signifiquen un riesgo o daño para la salud o la vida del paciente con sobrepeso u obesidad, conforme a las disposiciones aplicables;</p> <p>10.1.3 Prescribir fármacos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente, que pongan en riesgo la salud o la vida del paciente, por la prescripción de fármacos adulterados, alterados o falsificados, en términos de las disposiciones aplicables;</p>
<p>24. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>En el punto 4.1.5, sale sobrando la palabra “plattillos” ya que no está bien aplicada; esta no se encuentra en las definiciones de dieta de la OMS ⁽¹²⁾ ni en la del Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua ⁽¹³⁾. Si acaso, los plattillos conforman la parte más importante del menú ⁽¹⁴⁾ dentro de una dieta.</p> <p>12. http://www.who.int/topics/diet/es/ (consultado al 8 de marzo 2017).</p> <p>13. http://dle.rae.es/?id=DiU68a5jDid4M11 (consultado al 8 de marzo 2017).</p> <p>14. http://dle.rae.es/?id=OxXW1rR (consultado al 8 de marzo 2017).</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue:</p> <p>3.6 Dieta: al conjunto de alimentos que se consumen cada día y constituye la unidad de la alimentación.</p>
<p>25. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>4.1 Definiciones</p> <p>4.1.6 Establecimiento para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad: a todo aquel establecimiento de carácter público, social o privado, cualquiera que sea su denominación o régimen jurídico, que oferte o realice entre sus servicios, tratamiento del sobrepeso y la obesidad a pacientes ambulatorios o que requieran hospitalización. Sólo en los establecimientos de alto volumen quirúrgico con equipos multidisciplinarios con experiencia en el manejo de la diabetes, obesidad y cirugía gastrointestinal, podrán llevarse a cabo los tratamientos quirúrgicos previstos en esta norma. Todos los establecimientos que no realicen tratamiento quirúrgico o endoscópico serán considerados consultorios.</p>	<p>No se aceptan los comentarios conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, el término <i>Establecimiento para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad</i>, es claro en los términos que se describen, las especificaciones para la atención de este tipo de pacientes se señalan en el contenido normativo de la presente Norma.</p> <p>Es pertinente señalar, que de conformidad con el objeto y campo de aplicación de la Norma, ésta se orienta al tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad de manera sustantiva, no de la diabetes.</p>

<p>26. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 4.1 Definiciones 4.1.6 Establecimiento para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad: a todo aquel establecimiento de carácter público, social o privado, cualquiera que sea su denominación o régimen jurídico, que oferte o realice entre sus servicios, tratamiento del sobrepeso y la obesidad a pacientes ambulatorios o que requieran hospitalización. Sólo en los establecimientos de alto volumen quirúrgico con equipos multidisciplinarios con experiencia en el manejo de la diabetes, obesidad y cirugía gastrointestinal, podrán llevarse a cabo los tratamientos quirúrgicos previstos en esta norma. Todos los establecimientos que no realicen tratamiento quirúrgico o endoscópico serán considerados consultorios. Justificación: La cirugía bariátrica y la cirugía metabólica, de acuerdo con la experiencia internacional, no es susceptible de realizarse de manera ambulatoria (complicaciones y estancia hospitalaria) NOM-026-SSA3-2012, Para la Práctica de a cirugía mayor ambulatoria 27. Dr. Raymundo Rosas Munguía En el punto 4.1.6 se hace una muy clara diferenciación entre consultorio y otro tipo de lugares prestadores de este tipo de servicios.</p>	
<p>28. COFEPRIS/CEMAR 4.1.7 Índice de masa corporal (IMC), al indicador antropométrico del estado de nutrición que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado. Justificación: Se sugiere modificar la redacción de la definición a fin de mejorar su comprensión. Al igual que el término y la definición de "índice de masa corporal", se recomienda incluir en este capítulo 4. Términos y definiciones lo relativo con cada uno de los indicadores antropométricos utilizados en el Proyecto de Norma para el diagnóstico del sobrepeso y de la obesidad. 29. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México 4.1.7 Índice de masa corporal (IMC): es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla, se obtiene dividiendo el peso de una persona en kilogramos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). Permite determinar peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad. Justificación: Se modificó la definición de acuerdo a la definición de la OMS. Fuente: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/ 30. Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad A.C. En cuanto al índice 4, en lo relacionado a las Definiciones, símbolos y abreviaturas se sugiere lo siguiente: 4.1.7 índice de masa corporal (IMC): al criterio diagnóstico agregar (de peso adecuado o no de acuerdo a la estatura) y Agregar definición de Nutracéutico porque esta definición está agregada a la de Medicamento</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se modifica la redacción para quedar como sigue: 3.8 Índice de masa corporal (IMC): al indicador antropométrico del estado de nutrición que se obtiene dividiendo el peso de una persona en kilogramos entre su talla en metros cuadrados (kg/m²). Permite determinar peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad. Con relación, a los indicadores antropométricos, éstos se describen en el Apéndice Informativo A, denominado puntos de corte de los indicadores antropométricos. No se acepta el comentario, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, el termino <i>Nutracéutico</i> no se menciona en el contenido de la presente Norma, por lo que no es necesaria la inclusión de la definición del término.</p>

<p>31. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>En el punto 4.1.8 se hace una buena y clara definición (habiéndola modificado respecto de la norma anterior) de medicamento, aunque prefiero la claridad de la definición hecha en el libro de Goodman y Gilman ⁽¹⁵⁾ de lo que es una droga propiamente dicha (todo agente natural o químico que afecta al protoplasma vivo) y la de la OMS ⁽¹⁶⁾.</p> <p>Dentro de este mismo punto: la palabra “rehabilitatorio” no existe en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua ⁽¹⁷⁾; por lo tanto, sugiero se cambie la redacción por: “efecto preventivo, terapéutico o con la intención de rehabilitar”.</p> <p>Aunque me resulta un tanto controversial la ampliación del término fármaco a los compuestos individuales o asociados de tipo vitamínico, aminoácidos, etc., si me queda claro que esto sería solo cuando, se encuentren en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y además se presente en alguna forma farmacéutica definida.</p> <p>Habrà que consultar la opinión de un farmacólogo.</p> <p>15. Edward Fingl y Dixon M. Woodbury. Goodman LS y Guilman A. BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPÉUTICA. 3ª edición en español. México. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1974. Cap. 1.</p> <p>16. Lexicon of Alcohol an Drug Terms. WHO, 1994 (consultado al 9 de Febrero en www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf).</p> <p>17. http://dle.rae.es/ Aviso: La palabra rehabilitatorio no está en el Diccionario (consultado al 9 de febrero 2017).</p>	<p>No se acepta el comentario, toda vez que la definición de medicamento corresponde a la descrita en el Artículo 221, fracción I, de la Ley General de Salud.</p>
<p>32. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>Entre el punto 4.1.10 y 4.1.11 se eliminó respecto de la norma anterior ⁽¹⁾, el concepto de “medicamento secreto” y ¡considero necesario el mantenerlo, ya que al día de hoy aún sigue existiendo en campo está pésima práctica!</p> <p>1. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. DOF: 04/08/2010.</p>	<p>No se acepta el comentario, de conservar la definición de medicamento secreto. Al modificarse la estructura y redacción de la Norma Oficial Mexicana, se eliminaron los numerales 3.10 y 3.11, correspondientes a las definiciones de medicamento a granel y fraccionado respectivamente; que en el Proyecto publicado hacían referencia a medicamento secreto.</p>
<p>33. COFEPRIS/CEMAR</p> <p>Numerales 4.1.11, 4.1.12, 4.1.13, 4.1.14 y 4.1.15</p> <p>4.1.11 Obesidad a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Justificación: En virtud de que una definición no debe tomar la forma de o contener un requisito conforme se establece en D.1.6.2 de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, se plantea modificar la definición del término “obesidad” y eliminar los términos y las definiciones contenidas en 4.1.12, en 4.1.13, en 4.1.14 y en 4.1.15 del Proyecto de Norma, debido a que representan requisitos diagnósticos de la obesidad; por tal motivo, se considera que dichos requisitos deben formar parte de 5.2.4.</p> <p>34. Dra. Georgina E. Poblano Poblano</p> <p>Sugiere modificar la definición de Obesidad de acuerdo a la definición de la OMS:</p> <p>4.1.11 “La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es, el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. La obesidad es factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer”.</p> <p>Justificación: http://www.who.int/topics/obesity/es</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se conserva la definición del término Obesidad, se recorre la numeración del capítulo de definiciones para quedar como sigue:</p> <p>3.10 Obesidad: a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo.</p> <p>Respecto de las definiciones contenidas en los puntos 4.1.12, 4.1.13, 4.1.14 y 4.1.15, del proyecto publicado, se eliminan del listado de definiciones, de conformidad con lo que se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, se incorporan en el Apéndice A Informativo, denominado <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos</i>, para quedar como sigue:</p>

35. Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad A.C.

En cuanto al índice 4 sobre las definiciones, el punto 4.1.11 menciona **Tejido Adiposo**. Por lo que en los puntos 4.1.14, 4.1.15, 4.1.20, y 4.1.21 debiera señalar o especificar los porcentajes de masa grasa que corresponda tanto a la obesidad como sobrepeso, para no confundir a las personas que tengan un IMC alto debido a un sobrepeso u obesidad debido al fisicoculturismo en donde el porcentaje de grasa es menor.

15. Apéndice A Informativo

A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos.

Grupo etario	Indicador antropométrico	Tabla de referencia	Puntos de corte	
			Sobrepeso	Obesidad ^{c d}
0 a 2 años	Peso de acuerdo con la longitud y con el sexo	Organización Mundial de la Salud	> 2 a 3 DE	> + 3 DE
3 a 4 años	Peso de acuerdo con la talla y con el sexo	Organización Mundial de la Salud	> 2 a 3 DE	> + 3 DE
5 a 9 años	Índice de masa corporal de acuerdo con la edad y con el sexo	Organización Mundial de la Salud	> 1 a 2 DE	> + 2 DE
10 a 19 años	Índice de masa corporal de acuerdo con la edad y con el sexo	Organización Mundial de la Salud	> 1 a 2 DE ^a	> + 2 DE ^a
20 a 59 años	Índice de masa corporal de acuerdo con la talla	No aplica	En personas sin talla baja ^{a b} : 25.0 a 29.9 kg/m ² En personas con talla baja ^{a b} : 23 a 24.9 kg/m ²	En personas sin talla baja ^{a b} : ≥ 30 kg/m ² En personas con talla baja ^{a b} : ≥ 25 kg/m ²
≥ 60 años	Índice de masa corporal	Organización Mundial de la Salud	28 a 31.9 kg/m ²	≥ 32 kg/m ²

a Se exceptúan de estos parámetros las personas que lo presenten por tener una mayor masa muscular, más que por tener mayor cantidad de masa grasa corporal

b Se entiende como talla baja aquella que es menor a 1.60 m en el varón adulto y menor a 1.50 m en la mujer adulta.

c Se entiende por obesidad grado II: paciente que presenta un índice de masa corporal entre 35 y 39.9 kg/m².

d Se entiende por obesidad mórbida: paciente que presenta un índice de masa corporal mayor a 40 kg/m².

36. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México

4. Definiciones, símbolos y abreviaturas

4.1.12 Obesidad en menores de 5 años de edad: es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS¹

Justificación

El proyecto de NOM no especifica a que se refiere con los tres puntos adicionales del indicador de peso para la talla.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS).

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>; último acceso: 08 de febrero de 2017.

37. Dra. Vesta L. Richardson López Collada Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

4.1.12

Debe decir

...cuando el indicador peso para la talla se encuentra a partir de +3 de acuerdo a los valores de referencia de puntuación Z establecidos por la OMS.

38. Dr. Ángel González Domínguez

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

4.1.12 Obesidad en menores de 5 años de edad: se determina cuando el indicador peso para la talla se encuentra a partir de **más de 3 desviaciones típicas por encima de la mediana**, de acuerdo a los valores de referencia establecidos por la OMS.

Justificación: De acuerdo a la definición de la OMS, se modificó la redacción para mayor comprensión.

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

Se aceptan los comentarios, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, para este grupo de edad, se elimina el punto 4.1.2 del proyecto publicado y se incorporan en el Apéndice A Informativo, denominado, *A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos*.

<p>39. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán 4.1.12 Obesidad en menores de 5 años de edad: se determina cuando el indicador peso para la talla se encuentra a partir de + 3 <u>desviaciones estándar</u> de acuerdo a los valores de referencia establecidos por la OMS. Justificación: Debe agregarse “desviaciones estándar”; de lo contrario no es claro a qué se refiere el valor +3.</p> <p>40. Dr. José Olvera Álvarez Instituto Mexicano del Seguro Social 4.1.12 Obesidad en menores de 5 años de edad: se determina cuando el indicador peso para la talla se encuentra a partir de + 3 D.E. respecto a la mediana de acuerdo a los valores de referencia establecidos por la OMS.</p> <p>41. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 4.1.12 Obesidad en menores de 5 años de edad: es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Justificación: El Proyecto de NOM no especifica a qué se refiere con los tres puntos adicionales del indicador de peso para la talla.</p>	
<p>42. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México 4.1.13 Obesidad en niños , niñas y adolescentes de 5 años y menores de 19 años: se determina cuando el indicador IMC para la edad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.² Justificación El proyecto de NOM no especifica a que se refiere con los dos puntos adicionales y refiere valores de referencia sin especificar cuáles son <small>2 Organización Mundial de la Salud (OMS).</small></p> <p>43. Dra. Vesta L. Richardson López Collada Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 4.1.13 Debe decir ...Cuando el indicador IMC se encuentra a partir de +2 de acuerdo a los valores de referencia de puntuación Z establecidos por la OMS.</p> <p>44. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México 4.1.13 Obesidad en niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años y menores de 18 años: se determina cuando el indicador IMC se encuentra a partir de más de 2 desviaciones típicas por encima de la mediana de acuerdo a los mismos valores de referencia establecidos por la OMS. Justificación: Los cambios se realizaron de acuerdo a la definición para obesidad en niños de 5 a 19 años establecidos por la OMS, se modificó la redacción para mayor comprensión. Fuente: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/</p>	<p>Se aceptan los comentarios, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, para este grupo de edad, se elimina el punto 4.1.13 del proyecto publicado y se incorporan en el Apéndice A Informativo denominado, <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos.</i></p>

<p>45. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán 4.1.13 Obesidad en niños, niñas y adolescentes de 5 años y menores de 18 años: se determina cuando el indicador IMC se encuentra a partir de + 2 <u>desviaciones estándar</u> de acuerdo a los mismos valores de referencia. Justificación: Debe agregarse “desviaciones estándar”; de lo contrario no es claro a qué se refiere el valor +2.</p> <p>46. Dr. José Olvera Álvarez Instituto Mexicano del Seguro Social 4.1.13 Obesidad en niños, niñas y adolescentes de 5 años y menores de 18 años: se determina cuando el índice IMC se encuentra a partir de + 2 D.E. en las tablas o valores de crecimiento referidos por la OMS. OBSERVACIÓN: Esta norma establece un corte de edad para el grupo de edad de la adolescencia diferente a los establecidos en otras normas y en las políticas y estrategias de salud del sector. Ejemplo de tal es la NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, donde se menciona que el citado criterio aplica para la persona de 10 a 19 años de edad cumplidos, situación semejante que opera en relación a las cartillas de salud de la estrategia Línea de Vida.</p> <p>47. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 4.1.13 Obesidad en niños, niñas y adolescentes de 5 años y menores de 19 años: se determina cuando el indicador IMC para la edad es mayor a dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.¹ Justificación: El proyecto de NOM no especifica a qué se refiere con los dos puntos adicionales y refiere valores de referencia sin especificar cuáles son.</p> <p><small>1 Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/; último acceso: 08 de febrero de 2017.</small></p>	
<p>48. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México 4.1.14. Obesidad en las personas adultas: cuando existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m²,³ y en las personas adultas de talla baja igual o mayor a 25 kg/m². Justificación Las guías internacionales de referencia no establecen diferencia en el IMC debido a la talla y emplean una definición estandarizada del IMC y de sus puntos de corte. ^{2,3} Organización Mundial de la Salud (OMS).</p> <p>49. Dr. José Olvera Álvarez Instituto Mexicano del Seguro Social 4.1.14 OBSERVACIÓN: Esta norma requiere establecer a que se refiere con el concepto “persona adulta”. Aparentemente esta norma considera como tal a una persona de 18 años de edad cumplidos, lo cual está en discordancia con otras normas que se apegan a los grupos etarios de 10 a 19 años de edad (adolescente); de 20 a 59 años de edad (adulto) y 60 años de edad y mayor (adulto mayor). Por lo anterior aparentemente surge un vacío en los individuos de 18 y 19 años de edad.</p>	<p>Se aceptan los comentarios, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, para este grupo de edad, se elimina el punto 4.1.14 del proyecto publicado y se incorporan en el Apéndice A Informativo, denominado <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos</i>.</p> <p>Cabe señalar, que para efectos de esta Norma se considera que una persona es mayor de edad a partir de los 18 años y puede decidir por sí mismo y sobre el tratamiento integral que mejor le convenga, de acuerdo con su estado de salud, de conformidad con los Artículos 646 y 647 del Código Civil Federal; por lo que no se debe confundir la edad adulta para decidir, con los puntos de corte de grupos etarios para fines diversos en el ámbito de la atención médica.</p>

<p>50. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 4.1.14. Obesidad en las personas adultas: cuando existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de talla baja igual o mayor a 25 kg/m. Justificación: Las guías internacionales de referencia no establecen diferencia en el IMC debido a la talla y emplean una definición estandarizada del IMC y de sus puntos de acorte. 2 Organización Mundial de la Salud (OMS). <i>Op cit.</i></p>	
<p>51. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México 4.1.15 Obesidad en las personas adultas mayores: independientemente del riesgo cardiometabólico asociado a un IMC mayor a 30 representa un aumento en la discapacidad y dependencia de la persona que lo presenta. cuando existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m².⁴ Justificación La definición aceptada internacionalmente para la obesidad en personas adultas mayores corresponde únicamente a un IMC igual o mayor a 30 kg/m² sin referir el impacto en la discapacidad. 4 Organización Mundial de la Salud (OMS). <i>Op cit.</i></p>	<p>Se aceptan los comentarios, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, para este grupo de edad, se elimina el punto 4.1.15, del Proyecto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017 y se incorporan en el Apéndice A Informativo, denominado, <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos.</i></p>
<p>52. Dr. José Olvera Álvarez Instituto Mexicano del Seguro Social PROPUESTA: Eliminar. Se propone excluir debido a que no constituye una definición operativa o criterio, sino un mero comentario. 53. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 4.1.15 Obesidad en las personas adultas mayores: independientemente del riesgo cardiometabólico asociado a un IMC mayor a 30 representa un aumento en la discapacidad y dependencia de la persona que lo presenta cuando existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m².³ 3 Organización Mundial de la Salud (OMS). <i>Op cit.</i> Justificación: La definición aceptada internacionalmente para la obesidad en personas mayores corresponde únicamente a un IMC igual o mayor a 30 kg/m² sin referir el impacto en la discapacidad</p>	
<p>54. COFEPRIS/CEMAR Numerales 4.1.17, 4.1.18, 4.1.19, 4.1.20 y 4.1.20 4.1.17 Sobrepeso: a la condición de aumento de masa corporal a expensas de la acumulación excesiva de grasa, que supone un riesgo para la obesidad. Justificación: En virtud de que una definición no debe tomar la forma de o contener un requisito conforme se establece en D.1.6.2 de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, se plantea modificar la definición del término "sobrepeso" y eliminar los términos y las definiciones contenidas en 4.1.18, en 4.1.19, en 4.1.20 y en 4.1.21 del Proyecto de Norma, debido a que representan requisitos diagnósticos del sobrepeso; por tal motivo, se considera que dichos requisitos deben formar parte de 5.2.4.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción de la definición de Sobrepeso, se recorre la numeración del capítulo de definiciones, para quedar como sigue: 3.12 Sobrepeso: a la condición de aumento de masa corporal a expensas de la acumulación excesiva de grasa, que supone un riesgo para la obesidad. Respecto de las definiciones contenidas en los puntos 4.1.18 4.1.19, 4.1.20 y 4.1.21 del Proyecto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017, se eliminan del listado de definiciones, de conformidad con lo que se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, se incorporan en el Apéndice A Informativo, denominado, <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos.</i></p>

<p>55. Dra. Vesta L. Richardson López Collada Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 4.1.18 Debe decir ...cuando el indicador peso para la talla se encuentra entre +2 y +2.99 de acuerdo a los valores de referencia de puntuación Z establecidos por la OMS.</p> <p>56. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán 4.1.18 Sobrepeso en menores de 5 años de edad: se determina cuando el indicador peso para la talla se encuentra entre + 2 y + 2.99 <u>desviaciones estándar</u> de acuerdo a los valores de referencia establecidos por la OMS.</p> <p>Justificación: Debe agregarse "desviaciones estándar"; de lo contrario no es claro a qué se refieren los valores +2 y +2.99</p> <p>57. Dr. José Olvera Álvarez Instituto Mexicano del Seguro Social 4.1.18 PROPUESTA: Eliminar Mismo comentario que el referido en relación a Obesidad se refiere a D. E. (desviaciones estándar).</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, para este grupo de edad, se elimina el punto 4.1.18, del Proyecto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017 y se incorpora en el Apéndice A Informativo, denominado, <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos</i>.</p>
<p>58. Dra. Vesta L. Richardson López Collada Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 4.1.19 Debe decir ...Cuando el indicador IMC se encuentra a partir de +1 a +1.99 de acuerdo a los valores de referencia de puntuación Z establecidos por la OMS.</p> <p>59. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México 4.1.19 Sobrepeso en niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años: se determina cuando el indicador IMC se encuentra a partir de más de 1 a 1.99 desviaciones típicas por encima de la mediana, de acuerdo a los mismos valores de referencia.</p> <p>Justificación: Los cambios se realizaron de acuerdo a la definición para sobrepeso en niños de 5 a 19 años establecidos por la OMS, se modificó la redacción para mayor comprensión. Se sugiere incluir en un anexo los valores de referencia establecidos por la OMS.</p> <p>Fuente: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/</p> <p>60. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán 4.1.19 Sobrepeso en niños, niñas y adolescentes de 5 años y menores de 18 años: se determina cuando el indicador IMC se encuentra a partir de + 1 a + 1.99 <u>desviaciones estándar</u> de acuerdo a los mismos valores de referencia.</p> <p>Justificación. Debe agregarse "desviaciones estándar"; de lo contrario no es claro a qué se refieren los valores +1 y +1.99</p> <p>61. Dr. José Olvera Álvarez Instituto Mexicano del Seguro Social 4.1.19 PROPUESTA: Eliminar Mismo comentario que el referido en relación a Obesidad se refiere a D. E. (desviaciones estándar).</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, para este grupo de edad, se elimina el punto 4.1.19, del Proyecto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017 y se incorpora en el Apéndice A Informativo, denominado, <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos</i>.</p>

<p>62. Dra. Vesta L. Richardson López Collada Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 4.1.20 Debe decir ...cuando existe un IMC igual o menor a 25 kg/m² y menor o igual a 29.9 kg/m².</p> <p>63. Dr. José Olvera Álvarez Instituto Mexicano del Seguro Social 4.1.20 PROPUESTA: Eliminar Mismo comentario que el referido en relación a Obesidad se refiere a D. E. (desviaciones estándar).</p>	<p>Se aceptan los comentarios, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, para este grupo de edad, se elimina el punto 4.1.20, del Proyecto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017 y se incorpora en el Apéndice A Informativo, denominado, <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos</i>.</p>
<p>64. Dra. Vesta L. Richardson López Collada Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado 4.1.21 Debe decir ...cuando exista un IMS entre 27.1 Kg/m² o menor a 30 Kg/m²</p> <p>65. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México 4.1.21 Sobrepeso en personas adultas mayores: cuando exista un IMC entre 28 a 29.9 Kg/m². de superficie corporal.</p> <p>Justificación: El IMC no es una medida de superficie corporal.</p> <p>66. Dr. José Olvera Álvarez Instituto Mexicano del Seguro Social 4.1.21 OBSERVACIÓN: Esta norma establece un corte del IMC que no ha sido recomendado por organismos Internacionales, en su bibliografía sólo aparece un artículo sobre una propuesta de este punto de corte, lo cual en México no ha sido avalado por la Secretaría de Salud ni se aplica a nivel interinstitucional.</p> <p>Hasta la fecha, diversas normas oficiales mexicanas aplican el mismo punto de corte en general para toda la población adulta a partir de los 20 años de edad, situación semejante que opera en relación a las cartillas de salud de la estrategia Línea de Vida.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que, para no establecer definiciones con puntos de corte que generen confusión, para este grupo de edad, se elimina el punto 4.1.21, del Proyecto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017 y se incorpora en el Apéndice A Informativo, denominado, <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos</i>.</p>
<p>67. COFEPRIS/CEMAR 4.1.22 Talla baja: a la clasificación que se hace como resultado de la medición de estatura menor a 1.50 metros en la mujer adulta y menor de 1.60 metros para el hombre adulto.</p> <p>Justificación: En virtud de que una definición no debe tomar la forma de o contener un requisito, conforme se establece en D.1.6.2 de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, se plantea eliminar el término y la definición de "talla baja", dado que representan requisitos para afectar la clasificación del estado de nutrición evaluado a partir del IMC en la población adulta; en consecuencia, se considera que dichos requisitos deben formar parte de 5.2.4 del Proyecto de Norma.</p>	<p>Se acepta el comentario, se elimina el numeral 4.1.22 y se recorre la numeración.</p>

<p>68. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán 4.1.22 Estatura baja: a la clasificación que se hace como resultado de la medición de estatura menor a 1.50 metros en la mujer adulta y menor de 1.60 metros para el hombre adulto. Justificación: Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española estatura es la “medida de una persona desde los pies hasta la cabeza”. La talla se confunde con talla de ropa. Es más correcto usar estatura.</p>	<p>No se acepta el comentario, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, toda vez que el término Talla baja no se cita en el contenido normativo se elimina la definición y se recorre la numeración.</p>
<p>69. Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad A.C. 4.1.24, del tratamiento integral, podría incluirse al área dental, también considero que un especialista en esa área puede apoyarnos.</p>	<p>No se acepta el comentario, la definición de “tratamiento Integral” es clara y precisa para comprender las disposiciones normativas en el manejo del sobrepeso y la obesidad; ello no es limitativo para que participen otros profesionales de la salud, según las necesidades del paciente.</p>
<p>70. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México Proponemos añadir: 4.1.25 Tratamiento Quirúrgico: todo aquel procedimiento realizado en quirófano en el cual se realice una incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor.⁵ Justificación El proyecto de NOM no cuenta con una definición sobre el tratamiento quirúrgico por lo que se debe establecer su definición previa a establecer su abordaje. 5 Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial para la seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud 2008.</p>	<p>No se acepta el comentario, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma, por lo que no es necesario definir tratamiento quirúrgico, toda vez que en el campo de la medicina este término es de uso común, sin que genere duda o confusión, por lo que no requiere definición. La norma define tratamiento integral que incluye el tratamiento clínico, quirúrgico, nutricio, psicológico, de rehabilitación y de actividad física.</p>
<p>71. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México Proponemos añadir: 4.1.26 Cirugía Bariátrica: es un procedimiento quirúrgico que considera diversas técnicas que pueden ser de tipo restrictivas, malabsortivas o mixtas y cuyo objetivo es conseguir la pérdida de peso del paciente con obesidad mórbida.^{6,7,8} Justificación Al ser el principal procedimiento quirúrgico y contar con evidencia clínica suficiente que prueba su efectividad consideramos relevante establecer su definición de acuerdo a la OMS y a guías de tratamiento nacionales. 6 Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. México: Secretaría de Salud; 2009. 7 Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. Obesity Surgery 2007;17:260 – 70. 8 Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E. Bariatric Surgery. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2004;292(14): 1724-1737.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se adiciona la definición de cirugía bariátrica, se precisa la redacción y recorre la numeración del capítulo de definiciones, para quedar como sigue: 3.4 Cirugía Bariátrica: al procedimiento quirúrgico que considera diversas técnicas que pueden ser de tipo restrictivo, malabsortivo o mixto, en el tracto gastrointestinal del paciente con obesidad, con el propósito de contribuir a la pérdida de peso.</p>
<p>72. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson Se propone añadir: 4.1.X Cirugía bariátrica: grupo de procedimientos quirúrgicos que se realizan para facilitar la pérdida de peso.</p>	

<p>73. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía Se propone añadir: 4.1.27 Cirugía bariátrica: grupo de procedimientos quirúrgicos que se realizan para facilitar la pérdida de peso. Justificación - NICE. Obesity prevention Clinical Guideline 43. Disponible en https://goo.gl/l3ppyF - Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. <i>Diabetes Care</i> 2016;39:861-77 DOI: 10.2337/dc16-0236. -Obesity overview. NICE. Disponible en http://goo.gl/bDivtw; última visita: julio 15 de 2016. - Guía de Práctica Clínica-Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en: http://goo.gl/NT6a2</p> <p>74. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 4.1.25. Cirugía bariátrica: conjunto de técnicas y procedimientos quirúrgicos, realizados en el tracto gastrointestinal que buscan cambios en la fisiología para conseguir la pérdida de peso mantenida y duradera en el tiempo. Justificación: La inclusión de las definiciones de Cirugía bariátrica, Cirugía Metabólica, equipo multidisciplinario, tratamiento endoscópico y tratamiento quirúrgico consideramos necesarias para la buena conceptualización de lo que en la propia norma se describe. La cirugía bariátrica se refiere a los procedimientos son indicados con la intención de pérdida de peso.</p>	
<p>75. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson Se propone añadir: 4.1.X Cirugía metabólica: uso de cirugía gastrointestinal que busca tratar la Diabetes Mellitus tipo 2 y la obesidad. Justificación - NICE. Obesity prevention Clinical Guideline 43. Disponible en https://goo.gl/l3ppyF - Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. <i>Diabetes Care</i> 2016;39:861-77 DOI: 10.2337/dc16-0236.</p> <p>76. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 4.1.26. Cirugía metabólica: técnicas quirúrgicas utilizadas en cirugía bariátrica con la intención de mejorar el impacto de las enfermedades asociadas como la diabetes tipo 2, hipertensión, síndrome metabólico. Justificación: La cirugía metabólica se refiere a los procedimientos son indicados con la intención de mejorar alteraciones metabólicas.</p> <p>77. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía Se propone añadir: 4.1.28 Cirugía metabólica: uso de cirugía gastrointestinal que busca tratar la Diabetes Mellitus tipo 2 y la obesidad.</p>	<p>No se acepta el comentario, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, se deberán incluir las definiciones necesarias para la comprensión de ciertos términos usados en la Norma por lo que no es necesario definir "Cirugía metabólica" toda vez que no se utiliza el termino en el cuerpo normativo.</p> <p>Es pertinente señalar que el objeto y campo de aplicación de la Norma, están orientados al tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.</p>

<p>78. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México Proponemos añadir: 4.1.27 Tratamiento Endoscópico: es el término que se utiliza para definir todas aquellas técnicas no quirúrgicas de mínima invasión, utilizadas para el tratamiento de la obesidad y que consisten en realizar procedimientos con instrumental endoscópico y/o la colocación de dispositivos con el propósito de generar restricción o manipulación gástrica, malabsorción, alteraciones neuro-hormonales o alguna combinación de las anteriores.^{9,10} 9 A pathway to endoscopic bariatric therapies. ASGE/ASMBMS taskforce on endoscopic bariatric therapy. Surgery for Obesity and Related Diseases 2011;7:672–682. 10 Behary J and Kumbhari V. Advances in endoscopic management of obesity. Gastroenterology research and Practice 2015;2015:1-9.</p> <p>Justificación El proyecto de NOM cuenta con un apartado sobre el tratamiento endoscópico sin embargo se debe acotar su definición y utilización en la atención de pacientes con obesidad, en apego a los criterios y evidencia científica internacional.</p> <p>79. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 4.1.28 Tratamiento endoscópico: se refiere a la realización de procedimientos bajo la visualización directa del tracto digestivo con la finalidad de colocar dispositivos o realizar procedimientos con instrumentos.</p>	<p>No se acepta el comentario, la Norma define aquellos términos que se utilizan en el cuerpo normativo, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, por lo que no es necesario definir "Tratamiento Endoscópico", toda vez que en el campo de la medicina este término es de uso común, sin que genere duda o confusión, por lo que no requiere definición.</p>
<p>80. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México Proponemos añadir: 4.1.28 Equipo Multidisciplinario: equipo conformado por diversos profesionales de la salud que deberán contar con el conocimiento y el entrenamiento necesarios para el tratamiento y manejo de pacientes con obesidad, obesidad mórbida y pacientes post bariátricos; médico internista, gastroenterólogo, cirujano general certificado, anesthesiólogo, endocrinólogo, nutriólogo, y psicólogo.¹¹ Justificación La adición de la definición del equipo multidisciplinario permite homologar el documento con las guías de práctica clínica nacionales, y con ello hacer referencia al mismo equipo multidisciplinario en el resto del documento. La definición del equipo otorga claridad para determinar los profesionales de salud que deben estar involucrados en el manejo del paciente. 11 Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. México: Secretaría de Salud; 2009.</p> <p>81. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson Se propone añadir: 4.1.X Equipo multidisciplinario: es el grupo de profesionales de la salud que puede ofrecer lo siguiente a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica o metabólica: evaluación preoperatoria, información de procedimientos, sus riesgos y</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de añadir la definición de equipo multidisciplinario, toda vez que en el punto 7.5.1.2, de la Norma, se caracteriza al equipo multidisciplinario mínimo que interviene en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; ello no es limitativo para que participen otros profesionales de la salud, según las necesidades del paciente. Es pertinente señalar, que la Norma es un instrumento regulatorio de carácter obligatorio, por lo que no se debe confundir con las guías de práctica clínica que son de carácter voluntario en su uso.</p>

<p>resultados potenciales, evaluación postoperatoria regular (incluye especialistas nutricionales), manejo de comorbilidades, soporte psicológico previo y posterior a la cirugía, información sobre acceso a cirugía plástica y acceso al equipo e infraestructura necesaria. Deberá estar integrado por: cirugía general, medicina interna, anestesiólogo, cardiólogo, gastroenterólogo, endocrinólogo, psicólogo/psiquiatra, nutrición y trabajo social.</p> <p>Justificación</p> <p>- Obesity overview. NICE. Disponible en http://goo.gl/bDiVtw; última visita: julio 15 de 2016.</p> <p>- Guía de Práctica Clínica-Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en: http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>82. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>Se propone añadir:</p> <p>4.1.29 Equipo multidisciplinario: es el grupo de profesionales de la salud que puede ofrecer lo siguiente a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica o metabólica: evaluación preoperatoria, información de procedimientos, sus riesgos y resultados potenciales, evaluación postoperatoria regular (incluye especialistas nutricionales), manejo de comorbilidades, soporte psicológico previo y posterior a la cirugía, información sobre acceso a cirugía plástica y acceso al equipo e infraestructura necesaria. Deberá estar integrado por: cirugía general, medicina interna, anestesiólogo, cardiólogo, gastroenterólogo, endocrinólogo, psicólogo/psiquiatra, nutrición y trabajo social.</p> <p>83. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>4.1.27. Equipo multidisciplinario: conjunto de personas con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto avocados a resolver un problema común. En el caso de obesidad se refiere a Licenciado en Nutrición, Psicólogos, Médico Internista, Cirujano General y Especialistas afines que se requieran en cada caso en particular.</p> <p>Justificación: Equipo multidisciplinario no se concibe en la actualidad la ausencia de todos y cada uno de los profesionales como son (psicólogo, nutriólogo, terapeuta físico, cirujano bariatra y médico internista entre otros.</p>	
<p>84. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>4.1.29 Tratamiento quirúrgico: se refiere a la realización de una cirugía.</p>	<p>No se acepta el comentario, la Norma define aquellos términos que se utilizan en el cuerpo normativo, conforme se establece en el artículo 28, fracción III, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y en el punto 6.3.1, de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2015, Guía para la estructuración y redacción de Normas, por lo que no es necesario definir "Tratamiento quirúrgico", toda vez que en el campo de la medicina este término es de uso común, sin que genere duda o confusión, por lo que no requiere definición.</p>

<p>85. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>Se propone añadir:</p> <p>4.1.X Obesidad grado II: paciente que presenta un índice de masa corporal entre 35 y 39.9 kg/m². paciente que presenta un índice de masa corporal mayor a 40 kg/m².</p> <p>4.1.X Obesidad mórbida: paciente que presenta un índice de masa corporal mayor a 40 kg/m².</p> <p>Justificación.</p> <p>- NICE. Obesity prevention Clinical Guideline 43. Disponible en https://goo.gl/3ppyF</p> <p>- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>86. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos</p> <p>Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>4.1.30 Obesidad grado II: paciente que presenta un índice de masa corporal entre 35 y 39.9 kg/m².</p> <p>4.1.31 Obesidad mórbida: paciente que presenta un índice de masa corporal mayor a 40. Se asocia con alto riesgo de morbilidad y mortalidad</p> <p>Justificación:</p> <p>- NICE. Obesity prevention Clinical Guideline 43. Disponible en https://goo.gl/3ppyF</p> <p>- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>87. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado</p> <p>Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>Se propone añadir:</p> <p>4.1.25 Obesidad grado II: paciente que presenta un índice de masa corporal entre 35 y 39.9 kg/m².</p> <p>4.1.26 Obesidad mórbida: paciente que presenta un índice de masa corporal mayor a 40 kg/m².</p> <p>Justificación.</p> <p>- NICE. Obesity prevention Clinical Guideline 43. Disponible en https://goo.gl/3ppyF</p> <p>- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se precisa la redacción de obesidad II y obesidad mórbida y se adicionan al Apéndice A Informativo, de la Norma, denominado <i>A.1 Puntos de corte de los indicadores antropométricos</i>.</p>
<p>88. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>5.2.2 Debe estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dietoterapia, psicoterapia, farmacoterapia y el tratamiento médico-quirúrgico; así como por evidencia sobre costo-efectividad.</p> <p>Justificación</p> <p>La transición demográfica y epidemiológica, los presupuestos limitados para la atención de la salud, las barreras de acceso para la tecnología sanitaria y las medidas de contención de costos, entre otras cosas, obligan a pagadores, prestadores, reguladores y la sociedad a tomar decisiones racionales sobre adopción de tecnología y preferencias sobre intervenciones en salud para la población. En particular, es recomendable que de la mano de la mejor evidencia clínica disponible, se cuente con evidencia económica sobre el valor que la tecnología sanitaria representa y el impacto de la misma en la sociedad. Esta evidencia incluye estudios de costo-efectividad alrededor de los tratamientos adecuados para el sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, la Norma establece los criterios mínimos que deben observar los prestadores de servicios de atención médica, no tiene en su objeto y alcance el incluir evidencias sobre costo-efectividad del tratamiento integral del sobrepeso y obesidad, ni aspecto alguno relacionado con el financiamiento en salud.</p>

89. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos**Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.**

5.2.2 Debe estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dietoterapia, psicoterapia, farmacoterapia y el tratamiento médico-quirúrgico; **así como por evidencia sobre costo-efectividad.**

Justificación

La transición demográfica y epidemiológica, los presupuestos limitados para la atención de la salud, las barreras de acceso para la tecnología sanitaria y las medidas de contención de costos, entre otras cosas, obligan a pagadores, prestadores, reguladores y la sociedad a tomar decisiones racionales sobre adopción de tecnología y preferencias sobre intervenciones en salud para la población. En particular, es recomendable que de la mano de la mejor evidencia clínica disponible, se cuente con evidencia económica sobre el valor que la tecnología sanitaria representa y el impacto de la misma en la sociedad. Esta evidencia incluye estudios de costo-efectividad alrededor de los tratamientos adecuados para el sobrepeso y la obesidad.

90. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado**Academia Mexicana de Cirugía**

5.2.2 Debe estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dietoterapia, psicoterapia, farmacoterapia y el tratamiento médico-quirúrgico; **así como por evidencia sobre costo-efectividad.**

Justificación

La transición demográfica y epidemiológica, los presupuestos limitados para la atención de la salud, las barreras de acceso para la tecnología sanitaria y las medidas de contención de costos, entre otras cosas, obligan a pagadores, prestadores, reguladores y la sociedad a tomar decisiones racionales sobre adopción de tecnología y preferencias sobre intervenciones en salud para la población. En particular, es recomendable que de la mano de la mejor evidencia clínica disponible, se cuente con evidencia económica sobre el valor que la tecnología sanitaria representa y el impacto de la misma en la sociedad. Esta evidencia incluye estudios de costo-efectividad alrededor de los tratamientos adecuados para el sobrepeso y la obesidad.

91. Dr. Ángel González Domínguez**Secretaría de Salud de la Ciudad de México****5.2.2**

Debe estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dietoterapia, psicoterapia, farmacoterapia, el tratamiento médico-quirúrgico y de la actividad física.

OBSERVACIÓN: En el rubro 4.1.24 se establece claramente que la actividad física es un componente del tratamiento integral, por lo tanto debe tener el mismo sustento que los otros componentes.

Se acepta el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue:

5.2.2 Debe estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dietoterapia, psicoterapia, farmacoterapia, en la actividad física y el tratamiento médico-quirúrgico;

<p>92. Dr. Vicente Cárdenas Tovar Academia Mexicana para el Estudio de la Obesidad, A.C.</p> <p>4. Son múltiples los estudios (artículos y meta-análisis) que consideran que el manejo integral se basa en 4 pilares fundamentales: 1. Nutrición, 2. Actividad física y/o ejercicio, 3. Orientación Psicológica, 4. Terapéutica Médica. Esta última basada en una buena historia clínica y diagnóstico de comorbilidades. Porque inclusive aún las otras estrategias como nutrición, psicología ya actividad física requieren de valoración médica.</p>	<p>No se acepta el comentario, efectivamente la atención integral del paciente con sobrepeso y obesidad considera estos pilares en la atención integral, tal como se citan en los puntos 5.2.2, 5.2.3 y 5.2.8, de la Norma, en los cuales se hace referencia a los aspectos médicos, nutricios, psicológicos y la actividad física de acuerdo a cada paciente; por lo que los aspectos señalados están incluidos en la Norma.</p>
<p>93. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>5.2.3 El médico será el responsable del tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, los profesionales en nutrición, psicología, medicina del deporte o fisioterapia serán responsables del tratamiento en sus respectivas áreas de formación profesional, con la finalidad de brindar calidad en la atención médica;</p> <p>94. Dra. Georgina E. Poblano Poblano Sugerimos acotar que:</p> <p>5.2.3 El médico es el responsable de la prescripción de cualquier tipo de tratamiento de acuerdo a su criterio y en caso de así convenirlo pertinente lo canalizará al área correspondiente</p> <p>Justificación: De acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:</p> <p>Los médicos tienen la libertad de prescribir cualquier medicamento que ellos consideren de acuerdo a la necesidad del paciente y bajo su propia responsabilidad. Lo anterior es concordante con la garantía individual de libertad de profesión contemplada en el artículo 5.</p> <p><i>“La libertad prescriptiva de los médicos y del personal sanitario es entendida como un principio científico y ético que tiene la finalidad de orientar la práctica de la profesión médica, otorgando a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud discrecionalidad en su actuar. Por tanto, la libertad prescriptiva del médico forma parte del derecho al trabajo establecido en el artículo 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ahora bien, la libertad prescriptiva debe ejercerse en aras de obtener el beneficio del paciente y bajo ninguna circunstancia debe equipararse con la arbitrariedad, pues el actuar del personal médico debe fundamentarse en el estado actual de la ciencia médica y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias de cada caso concreto.”</i></p>	<p>No se acepta el comentario, la disposición es clara en señalar al responsable del tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, en el cual además, pueden intervenir el nutriólogo o psicólogo, así como otros profesionales de la salud que integran el equipo multidisciplinario; por lo que no es necesario mencionar de manera exhaustiva a los distintos profesionales, que de manera directa o indirecta, intervienen en la atención del paciente con sobrepeso y obesidad. Cabe señalar que la medicina del deporte no es una especialidad clínica que se brinde a la población en general y la fisioterapia es parte de la medicina; ello no es excluyente de que participen en la atención del paciente si así lo considera el médico tratante.</p> <p>No se acepta el comentario, la disposición es clara en señalar al responsable del tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, ello lleva implícito el estudio, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, seguimiento y control del paciente, en colaboración con la intervención de los profesionales que integran el equipo multidisciplinario en sus respectivos ámbitos de responsabilidad profesional.</p>

De acuerdo a la Ley General de Salud:

Artículo 138 Bis 14.- Es responsabilidad del médico tratante y del equipo multidisciplinario identificar, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el usuario refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, sin incurrir en ningún momento en acciones o conductas consideradas como obstinación terapéutica ni que tengan como finalidad terminar con la vida del paciente.

De acuerdo al Reglamento de Insumos para la Salud:

Artículo 30: "El emisor de la receta al prescribir, indicará la dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento"

De acuerdo a otras Norma Oficiales Mexicanas:

NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad, publicada en el DOF el 12 de abril de 2000 ratifica la libertad prescriptiva en sus numerales 5.3.9, 5.3.11 y 7.1.1 y contrario al Proyecto de Norma publicado en el DOF el 25 de enero de 2017, dicha NOM-174 permite el uso de anorexigénicos en el numeral 7.1.2.

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_por_tada.pdf

<http://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

95. COFEPRIS/CEMAR

5.2.4 Se considera persona con sobrepeso o con obesidad, aquella que cumple con los criterios antropométricos conforme se establece en la Tabla 1.

Tabla 1 – Puntos de corte de los indicadores antropométricos para el diagnóstico de sobrepeso y de obesidad

Justificación: Se propone modificar la disposición, a fin de incluir las especificaciones para el diagnóstico del sobrepeso y de la obesidad, conforme se ha argumentado anteriormente en el capítulo 4. Términos y definiciones.

Asimismo, se plantea estratificar a la población por grupos etarios, toda vez que la aplicación de los indicadores antropométricos así lo requiere; modificar la denominación de los indicadores antropométricos a fin de adecuarlos a las variables utilizadas por cada indicador antropométrico en cada grupo etario; y homologar los puntos de corte para la clasificación del sobrepeso y de la obesidad en la población pediátrica conforme con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud^{1,2}.

Lo anterior se incorpora en una tabla, en virtud de representar la forma más eficiente de presentar la información, conforme se recomienda en 6.6.6.1 de la Norma Mexicana NMX-Z-013-SCFI-2017.

Nota: debido al espacio disponible en la celda contigua, la Tabla 1 se incluye como el Anexo 1 de este documento.

1. http://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf?ua=1

2. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue:

5.2.4 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, los profesionales de la salud deberán considerar los puntos de corte de los indicadores antropométricos referidos en el Apéndice A Informativo, de esta Norma;

Anexo 1.				
Tabla 1-Puntos de corte de los indicadores antropométricos para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad				
Grupo etario	Indicador antropométrico	Tabla de referencia	Puntos de corte	
			Sobrepeso	Obesidad
0 a 2 años	Peso de acuerdo con la longitud y con el sexo	Organización Mundial de la Salud	> 2 a 3 DE	> + 3 DE
3 a 4 años	Peso de acuerdo con la talla y con el sexo	Organización Mundial de la Salud	> 2 a 3 DE	> + 3 DE
5 a 9 años	Índice de masa corporal de acuerdo con la edad y con el sexo	Organización Mundial de la Salud	> 1 a 2 DE	> + 2 DE
10 a 19 años	Índice de masa corporal de acuerdo con la edad y con el sexo	Organización Mundial de la Salud	> 1 a 2 DEa	> + 2 DEa
20 a 59 años	Índice de masa corporal de acuerdo con la talla	No aplica	En personas sin talla baja ^{a b} : 25.0 a 29.9 kg/m ² En personas con talla baja ^{a b} : 23 a 24.9 kg/m ²	En personas sin talla baja ^{a b} : ≥ 30 kg/m ² En personas con talla baja ^{a b} : ≥ 25 kg/m ²
≥ 60 años	Índice de masa corporal	No aplica	28 a 29.9 kg/m ²	≥ 30 kg/m ²
a Se exceptúan de estos parámetros las personas que lo presenten por tener una mayor masa muscular, más que por tener mayor cantidad de masa grasa corporal				
b Se entiende como talla baja aquella que es menor a 1.60 m en el varón adulto y menor a 1.50 m en la mujer adulta.				
<p>96. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México</p> <p>5.2.4 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad los profesionales de la salud deben considerar las características de cada grupo etario de acuerdo con lo señalado en los puntos 4.1.12, 4.1.13, 4.1.14, 4.1.15, 4.1.18, 4.1.19, 4.1.20, 4.1.21 y 4.1.22 del Capítulo de Definiciones de esta norma.</p> <p>Justificación: Se agrega el numeral 4.1.18, que refiere la definición de sobrepeso en menores de 5 años.</p>				
<p>97. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>5.2.6 Deben evaluarse las distintas alternativas de tratamiento disponibles, conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes y comorbilidades que afecten su salud. Entre las alternativas, se deberá considerar las medidas quirúrgicas cuando éstas se requieran y de acuerdo con lo estipulado por esta norma.</p> <p>Justificación</p> <p>- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en http://goo.gl/NT6a2</p>			<p>No se aceptan los comentarios, el punto 5.2.6, de la Norma, señala con claridad la evaluación de las alternativas para el paciente, lo cual incluye el tratamiento médico o quirúrgico, quedando bajo la responsabilidad del médico, en su caso, con la colaboración del equipo multidisciplinario, elegir la mejor alternativa de tratamiento.</p>	

<p>98. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>5.2.6 Deben evaluarse las distintas alternativas de tratamiento disponibles, conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes y comorbilidades que afecten su salud. Entre las alternativas, se deberá considerar las medidas quirúrgicas cuando éstas se requieran y de acuerdo con lo estipulado por esta norma.</p> <p>Justificación: - Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>99. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>5.2.6 Deben evaluarse las distintas alternativas de tratamiento disponibles, conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes y comorbilidades que afecten su salud. Entre las alternativas, se deberá considerar las medidas quirúrgicas cuando éstas se requieran y de acuerdo con lo estipulado por esta norma.</p> <p>Justificación - Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p>	
<p>100. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>5.2.7 Todo tratamiento debe prescribirse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos, antropométricos y psicológicos de cada paciente;</p> <p>Justificación - Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. <i>Diabetes Care</i> 2016;39:861-77 DOI: 10.2337/dc16-0236. - NICE. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, youngpeople and adults. London: NICE; 2014. Disponible en: https://goo.gl/HgzTTB</p> <p>101. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>5.2.7 Todo tratamiento debe prescribirse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos, antropométricos y psicológicos de cada paciente;</p> <p>Justificación: Es indispensable la evaluación psicológica antes del manejo de un paciente. Lo acordado en NOM-008-SSA3-2010 9.9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3.</p> <p>9. Del tratamiento psicológico</p> <p>9.1. La participación del psicólogo clínico comprende:</p> <p>9.1.1. La valoración y el apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias;</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se modifica la redacción para quedar como sigue:</p> <p>5.2.7 Todo tratamiento debe prescribirse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos, antropométricos y psicológicos de cada paciente;</p> <p>Ello no es limitativo, de que el médico tratante, así como otros profesionales de la salud, basen su análisis y evaluación del estado clínico del paciente en otros criterios, indicadores y elementos de juicio, que consideren pertinentes para la mejor atención del paciente.</p>

9.1.2. El tratamiento y el manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales del paciente con sobrepeso u obesidad;

9.1.3. La referencia al nutriólogo, médico o psiquiatra, cuando el caso lo requiera.

102. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

5.2.7. Todo tratamiento debe prescribirse previa evaluación de la historia del sobrepeso o la obesidad, del estado de nutrición y con base en los indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos, antropométricos, psicológicos, sociales y de actividad física de cada paciente;

Justificación: El tratamiento de la obesidad debe prescribirse a partir de una historia clínica específica para el paciente con obesidad donde se explore la historia de la obesidad; es decir, la forma como esta se construyó debido a que esto influye en si el componente genético es el que predomina (obesidad de presentación temprana) o si domina el componente ambiental. Por otra parte, deben explorarse factores psicológicos y sociales pues necesariamente influyen en el tratamiento óptimo y en la adherencia del paciente al tratamiento prescrito.

103. Dras. Ailed Hernández y Diana Rodríguez

Universidad Iberoamericana

Debe decir: 5.2.7 Todo tratamiento debe prescribirse previa evaluación integral y del estado de nutrición y con base en los indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos, antropométricos, **emocionales y de actividad física de cada paciente;**

Justificación: Ante las acciones terapéuticas apoyadas por el perfil del personal de salud integradas en el punto 6.1 del capítulo de disposiciones específicas, resulta importante integrar al expediente factores emocionales y de actividad física para poder apoyar al tratamiento en distintas fases del tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

104. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado

Academia Mexicana de Cirugía

5.2.7 Todo tratamiento debe prescribirse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos, antropométricos **y psicológicos** de cada paciente;

Justificación

- Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. *Diabetes Care* 2016;39:861-77 | DOI: 10.2337/dc16-0236.

-NICE. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, youngpeople and adults. London: NICE; 2014.

Disponible en: <https://goo.gl/HgzTTB>

<p>105. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México 5.2.7 OBSERVACIÓN: Con la finalidad de evitar que este apartado sea utilizado como un artilugio con fines económicos por profesionales e instancias de salud al solicitar innumerables estudios de laboratorio o gabinete, se requiere definir cuáles son los indicadores mínimos indispensables de cada uno de los citados: clínicos, dietéticos, bioquímicos y antropométricos</p> <p>106. Dr. Raymundo Rosas Munguía En el punto 5.2.7 se hace alusión al estado bioquímico del paciente, lo que sugiere la utilización del recurso del laboratorio de análisis clínicos y gabinete para su evaluación. Punto favorable no considerado anteriormente, aunque no se especifica cuáles estudios son los adecuados ^(20, 21, 25), como si se hace en las normas para Diabetes y para HTA.</p> <p>20. Juan David Gómez Corrales¹, Guillermo Latorre Sierra: Evaluación del paciente Obeso. Medicina & Laboratorio, Volumen 16, Números 7-8, 2010.</p> <p>21. Obesidad - Hospital General de México. www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/medinterna/.../10_obesidad.pdf. Page 1. GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. 10.- OBESIDAD. Clasificación y codificación del...</p> <p>25. Consenso de expertos sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en edad pediátrica. Bol Med Hosp Infant Mex 2015;72 Supl 1:1-28.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, el punto 5.2.7, de la Norma, señala con claridad la evaluación del tratamiento con base en distintas alternativas para el paciente, lo cual incluye el apoyo en indicadores mínimos, así como otros que considere pertinente el médico tratante en su caso, con la colaboración del equipo multidisciplinario.</p> <p>Ello no es limitativo, de que el médico tratante, solicite otros estudios de laboratorio o gabinete para apoyar el diagnóstico y tratamiento del paciente con sobrepeso y obesidad.</p>
<p>107. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 5.2.8 Todas las acciones terapéuticas se deben apoyar en medidas psicoconductuales y nutriólogicas para modificar las conductas alimentarias nocivas a la salud del paciente.</p> <p>Asimismo, se debe incluir un programa individualizado de actividad física, el ejercicio adecuado a la condición clínica y física de cada paciente tomando en cuenta las normas NOM-015-SSA2-2010 referida en el numeral 11 y NOM-030-SSA2-2009, referida en el numeral 11, de esas normas;</p> <p>Justificación: NOM-015-SSA2-2010 3.1 Actividad Física, a los actos motores propios del ser humano, realizada como parte de sus actividades cotidianas. 3.18 Deporte, a la actividad institucionalizada y reglamentada, desarrollada en competiciones que tiene por objeto lograr el máximo rendimiento 3.28 Educación Física, al proceso por medio del cual se adquiere, transmite y acrecienta la cultura de actividad física NOM-030-SSA2-2009 3.12 Educación para la Salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para evitar el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, así como los factores del estilo de vida que promueven el desarrollo de la Hipertensión Arterial Sistémica y que se adquieren con una actitud contraria a cuidar la salud individual, familiar y colectiva.</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue:</p> <p>5.2.8 Todas las acciones terapéuticas se deben apoyar en medidas psicoconductuales y nutriólogicas para modificar las conductas alimentarias nocivas a la salud del paciente.</p> <p>Asimismo, se debe incluir un programa individualizado de actividad física y el ejercicio adecuado a la condición clínica y física de cada paciente, de conformidad con lo establecido en las normas oficiales mexicanas, citadas en los puntos 2.5 y 2.9, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma, y</p>

<p>108. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>5.2.8 Todas las acciones terapéuticas se deben apoyar en la modificación de la conducta (automonitoreo, establecimiento de metas, entrevista motivacional, educación, estrategias de solución de problemas, reestructuración cognitiva, disminución del estrés, incremento del apoyo social e intervenciones psicológicas en caso necesario) y en recomendaciones nutricionales para una alimentación saludable. La pérdida de peso, y más aún, el mantenimiento de peso a largo plazo, involucra el cambio de hábitos, conductas y sobre todo de estilo de vida. El manejo de la actividad física incluye, asesoramiento sobre la actividad física habitual, la vida cotidiana y el ejercicio supervisado estructurado. La prescripción de ejercicio debe adaptarse a la capacidad de los pacientes y el estado de salud y se centran en un aumento gradual a los niveles que son seguros.</p> <p>Justificación: La obesidad en México. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Grupo para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad. Rev Endocrinol Nutr 2004; 12, No. 4. Supl.3.</p> <p>Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. Obesity Surgery 2007;17: 260–70.</p> <p>Yumuk et al.: An EASO Position Statement on Multidisciplinary Obesity Management in Adults Obes Facts 2014;7:96–101</p> <p>Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, Nadolsky K, Pessah-Pollack R, Plodkowski R, Reviewers of the AACE/ACE. Obesity Clinical Practice Guidelines. American Association Of Clinical Endocrinologists And American College Of Endocrinology Clinical Practice Guidelines For Comprehensive Medical Care Of Patients With Obesity. Endocrine Practice 2016; 22 (Suppl 3).</p>	<p>No se acepta el comentario, los criterios propuestos están incluidos de manera general, en el punto 5.2.8, de la Norma, en el que se hace referencia a las medidas psicoconductuales, nutriólogicas y de actividad física. La disposición no pretende describir un listado de recomendaciones específicas por cada medida terapéutica, ni limitar la libertad prescriptiva del médico tratante, ni de otros profesionales del área de la salud, que intervienen en el tratamiento del paciente con sobrepeso y obesidad.</p>
<p>109. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>Tanto en la norma anterior como en el proyecto, en el punto 5.2.9 se acepta el uso de medicamentos para tratamiento de la obesidad, para, ¡sorprendentemente, prohibirlos más adelante en los puntos 10.1.6 al 10.1.9! ¡Simple y sencillamente, esto es incongruente! ^{(22, 25, 31).}</p> <p>¡Si en su momento no fue posible entender en la norma anterior este mismo contrasentido, ahora resulta verdaderamente imposible de explicar cómo es que se replica este mismo error!</p> <p>22. Huiizinga MM. Weight-loss Pharmacotherapy: A brief review. 2007 Clin Diab; 25,4:135-140.</p> <p>25. Consenso de expertos sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en edad pediátrica. Bol Med Hosp Infant Mex 2015;72 Supl 1:1-28.</p> <p>31. Leija AG, Díaz RF. Aportaciones Mexicanas al Estudio y Tratamiento de la Obesidad. 1ª Ed. Alemania: Ed. Editorial Académica Española; 2014.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción del punto 5.2.9 para quedar como sigue:</p> <p>5.2.9 Los insumos para la salud empleados en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, deben cumplir con lo dispuesto en las disposiciones aplicables.</p> <p>Con relación a los puntos 10.1.6 y 10.1.9 del Capítulo 10, se eliminan del contenido normativo de la Norma y se reestructuró en su totalidad el Capítulo 10, para quedar como sigue:</p> <p>10.1 Se entienden como contraindicaciones para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad las siguientes:</p> <p>10.1.1 Prescribir tratamiento por personal técnico o por cualquier otro profesional del área de la salud no facultado para ello, conforme a las disposiciones aplicables;</p> <p>10.1.2 Prescribir tratamientos a base de fármacos, productos o procedimientos que no cuenten con evidencia científica, eficacia terapéutica, seguridad y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica para su uso o aplicación y signifiquen un riesgo o daño para la salud o la vida del paciente con sobrepeso u obesidad, conforme a las disposiciones aplicables;</p>

	<p>10.1.3 Prescribir fármacos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente, que pongan en riesgo la salud o la vida del paciente, por la prescripción de fármacos adulterados, alterados o falsificados, en términos de las disposiciones aplicables;</p> <p>10.1.4 Indicar en pacientes menores de 18 años, el uso generalizado de hormonas como única alternativa de tratamiento del sobrepeso y la obesidad;</p> <p>10.1.5 Utilizar técnicas no convencionales para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, que no cuenten con evidencia científica y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica;</p> <p>10.1.6 Indicar como opción de tratamiento el uso de aparatos de ejercicio electrónicos o mecánicos, aparatos térmicos, de masaje, vendas de yeso, baños sauna, así como otros procedimientos y equipos en apoyo al tratamiento médico, que no hayan demostrado su eficacia terapéutica y que además representen un riesgo para la salud;</p> <p>10.1.7 Realizar bajo criterio del médico únicamente el tratamiento quirúrgico, sin la participación y evaluación de un equipo multidisciplinario en los términos que señala el punto 7.5.1.1, de esta Norma, para evitar comprometer la vida del paciente, y</p> <p>10.1.8 Usar la liposucción y la lipoescultura como tratamientos para el sobrepeso y la obesidad.</p>
<p>110. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>5.3 La elaboración del expediente clínico y de las notas de atención médica, nutricional o psicológica, en el ámbito institucional o de la consulta independiente o no ligada a un establecimiento hospitalario, deben realizarse conforme a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 3.1, del Capítulo de Referencias, de esta norma.</p> <p>Justificación: Consideramos necesaria la descripción del sitio donde se realiza la elaboración del expediente, con la intención de integrar las notas a los expedientes independientemente si el paciente se encuentra hospitalizado o es evaluado en consultorio médico independiente.</p>	<p>No se acepta el comentario, no es necesario especificar el ámbito institucional, toda vez que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, referida en el numeral 2.1, de la Norma, establece en el campo de aplicación, la obligatoriedad para el personal del área de la salud y los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.</p>
<p>111. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>5.4 Para garantizar la prestación de los servicios para la atención médica del paciente con sobrepeso u obesidad el establecimiento deberá observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, citadas en los puntos 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10, 3.11 y 3.12 del capítulo de Referencias de esta norma.</p> <p>Justificación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al hacer referencia a los establecimientos, estarían faltando las NOMs citadas en las secciones 3.1, 3.2 y 3.5. - Dadas las características de los pacientes con obesidad mórbida, debemos incluir la NOM citada en la sección 3.8. 	<p>No se aceptan los comentarios, las Normas citadas en los puntos 3.1, 3.2, 3.5 y 3.8 del proyecto publicado, se encuentran referidas en los puntos 5.3, 5.7.1.2, 5.7.2.1.3 y 5.7.3, de la Norma, por lo que no es necesario reiterar su referencia.</p>

<p>112. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>5.4 Para garantizar la prestación de los servicios para la atención médica del paciente con sobrepeso u obesidad el establecimiento deberá observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, citadas en los puntos 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10, 3.11 y 3.12 del capítulo de Referencias de esta norma.</p> <p>Justificación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al hacer referencia a los establecimientos, estarían faltando las NOMs citadas en las secciones 3.1, 3.2 y 3.5. - Dadas las características de los pacientes con obesidad mórbida, debemos incluir la NOM citada en la sección 3.8. 	
<p>113. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>5.4 Para garantizar la prestación de los servicios para la atención médica del paciente con sobrepeso u obesidad el establecimiento deberá observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, citadas en los puntos 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10, 3.11 y 3.12 del capítulo de Referencias de esta norma.</p> <p>Justificación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al hacer referencia a los establecimientos, estarían faltando las NOMs citadas en las secciones 3.1, 3.2 y 3.5. - Dadas las características de los pacientes con obesidad mórbida, debemos incluir la NOM citada en la sección 3.8. 	
<p>114. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>En el punto 5.5. se acepta la publicidad sobre la oferta del servicio para obesidad, aunque escuetamente (<i>“de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables”</i>), para más adelante, en el punto 10 (Medidas contraindicadas) y con algunas modificaciones agregadas, copiar los conceptos conjuntados en la norma anterior dentro del punto 12 referido como “De la Publicidad” (1), que más que regular la forma de hacer dicha publicidad, hacía (y aun lo sigue haciendo) alusión a lo que se prohíbe. Ni antes ni ahora se ha aclarado de qué forma se puede anunciar un médico dedicado a esta actividad (¿cómo Médico Bariatra?) dado que, por si misma, ella no existe.</p> <p>La manera en cómo ahora fueron reubicados estos mismos conceptos, me parece una forma laxa de tratarlos ya que, en México, lo que no está prohibido está permitido, situación que se presta a un sin número de “interpretaciones”, generalmente inadecuadas y con fines oscuros muchas veces. Así mismo, considero inadecuado el término “medidas contraindicadas”; más bien, el rubro debiera decir “prohibiciones” (o algo parecido), donde se deje muy clara la idea de lo que se trata: ¡de lo que queda estrictamente prohibido!</p> <p>1. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. DOF: 04/08/2010.</p>	<p>No se acepta el comentario, cabe señalar que la Norma refiere de manera genérica lo relacionado con la publicidad, toda vez que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad regula el control sanitario de la publicidad de los productos, servicios y actividades a que se refiere la Ley General de Salud.</p> <p>El punto 5.5, de la Norma está orientado a destacar que la publicidad debe cumplir con las disposiciones aplicables, con el propósito de que no se confunda o se induzca al paciente a tomar decisiones equivocadas.</p> <p>Respecto de las observaciones al término medidas contraindicadas, correspondiente al Capítulo 10, del Proyecto publicado, se modificó su denominación para quedar como sigue:</p> <p>10. Contraindicaciones en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad</p>

<p>115. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 5.6 <i>Falta indicar claramente cuál es el organismo acreditado para “la evaluación de la conformidad”.</i></p> <p>116. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 5.6 <i>Falta indicar claramente cuál es el organismo acreditado para “la evaluación de la conformidad”.</i></p> <p>117. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía <i>Falta indicar claramente cuál es el organismo acreditado para “la evaluación de la conformidad”.</i></p> <p>118. Dr. Raymundo Rosas Munguía En el punto 5.6 se menciona que el responsable del establecimiento (quien sea), podrá solicitar ante la autoridad correspondiente la evaluación del mismo (podría entenderse que aún un médico general capacitado en el tratamiento de este tipo de pacientes); sin embargo, ¡en la práctica esto no sucede! ya que un consultorio destinado para ello, sólo lo puede dar de alta como tal un especialista (endocrinólogo o internista) quien fungiría como responsable del mismo: ¡un médico general facultado no puede hacer esto, solo lo puede dar de alta como consultorio de medicina general; de tal suerte que, en el primer caso, quedaría sujeto a la responsiva de un tercero! Esto seguirá pasando mientras continúe sin aceptarse la figura del Bariatra.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, la disposición de la evaluación de la conformidad es un acto voluntario que se incorpora en la Norma, en concordancia con lo dispuesto por los artículos 68, 70, 73 y 74 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.</p> <p>En todo caso, cuando un establecimiento de atención médica considere conveniente someterse a un procedimiento de evaluación de la conformidad, respecto de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención médica, lo podrá hacer en cualquier tiempo, toda vez que se trata de un acto voluntario, que no es obligación impuesta por las disposiciones aplicables en materia sanitaria. Por lo que la Norma describe de manera genérica el cumplimiento de la evaluación de la conformidad.</p> <p>No se acepta el comentario, cabe señalar, que el punto 5.6, de la Norma establece con precisión quienes pueden solicitar la Evaluación de la Conformidad del establecimiento para la prestación de servicios de atención médica, de su interés.</p>
<p>119. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud 5.7.1.2.1 Báscula de gran capacidad para pacientes con obesidad mórbida Justificación: Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician. 2013 Jan;59(1):27-31.</p> <p>120. Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad A.C. 5.7.1.2.1. Báscula clínica con estadímetro agregar: preferentemente contar con equipo para determinar composición corporal.</p> <p>121. Dr. Raymundo Rosas Munguía En los puntos 5.7.1.2.1, 2 y 3 se cita el uso de una báscula clínica, cinta antropométrica y “los demás”, sin que se acierte a definir específicamente lo que se necesita, por ejemplo, un aparato (aunque fuera sencillo) que por impedancia bioeléctrica mida el porcentaje de grasa corporal general, al menos.</p>	<p>Se aceptan los comentarios, se modifica la redacción para quedar como sigue:</p> <p>5.7.1.2.1 Báscula clínica con estadímetro y equipo con capacidad para atender a los pacientes con sobrepeso y obesidad;</p>
<p>122. COFEPRIS/CEMAR 5.7.1.2.2 Cinta antropométrica, y Justificación: De acuerdo con las disposiciones establecidas en el Proyecto de Norma, no se identifica el uso de la cinta antropométrica; motivo por el cual se propone eliminar esta disposición.</p>	<p>No se acepta el comentario, de eliminar el punto 5.7.1.2.2, de la Norma, relativo a la cinta antropométrica, toda vez que además de ser un elemento indispensable en los consultorios, se menciona su uso en el punto 5.2.4, de la Norma.</p>

<p>123. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>5.7.2.1.4 Adicionalmente deberá contar con mobiliario y equipo adecuado para la atención de pacientes con obesidad y de acuerdo con las características de los pacientes que se vayan a tratar.</p> <p>Justificación</p> <p>- Los obesos mórbidos, por las características de su condición, requieren de mobiliario y equipo adecuado para el tratamiento de su enfermedad, particularmente cuando son prescritos con un tratamiento quirúrgico.</p> <p>124. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>5.7.2.1.4 Adicionalmente deberá contar con mobiliario y equipo adecuado para la atención de pacientes con obesidad y de acuerdo con las características de los pacientes que se vayan a tratar.</p> <p>Justificación</p> <p>- Los obesos mórbidos, por las características de su condición, requieren de mobiliario y equipo adecuado para el tratamiento de su enfermedad, particularmente cuando son prescritos con un tratamiento quirúrgico.</p> <p>125. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>5.7.2.1.4 Adicionalmente, debe contar con mobiliario y equipo adecuado para el paciente con obesidad para la atención de pacientes.</p> <p>Justificación:</p> <p>Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician. 2013 Jan;59(1):27-31.</p> <p>126. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>5.7.2.1.4 Adicionalmente deberá contar con mobiliario y equipo adecuado para la atención de pacientes con obesidad y de acuerdo con las características de los pacientes que se vayan a tratar.</p> <p>Justificación</p> <p>- Los obesos mórbidos, por las características de su condición, requieren de mobiliario y equipo adecuado para el tratamiento de su enfermedad, particularmente cuando son prescritos con un tratamiento quirúrgico.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, la disposición es clara y precisa al señalar que el establecimiento deberá contar con mobiliario y equipo adecuado para la atención de pacientes con obesidad, por lo que no es necesario reiterarlo con un texto distinto y repetitivo.</p>
<p>127. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>5.7.4 Los establecimientos donde se realicen los tratamientos quirúrgicos y/o endoscópicos de los sectores: público, social y privado deberán estar debidamente certificados con el Consejo de Salubridad General o tendrán que ser establecimientos que cuenten con infraestructura necesaria para el manejo del paciente con obesidad mórbida, incluyendo dentro de sus instalaciones laboratorio, radiología diagnóstica e invasiva, área de urgencias y unidad de terapia intensiva. De acuerdo a los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México publicados en el DOF, referidos en el numeral 3.15 de esta norma.</p>	<p>No se acepta el comentario, la presente Norma no es el instrumento idóneo para establecer la obligatoriedad de que los establecimientos para la atención médica de los sectores social y privado, deben certificarse ante el Consejo de Salubridad General; esta obligación aplica únicamente al sector público.</p> <p>Es pertinente mencionar, que en el punto 7.5.1.4, de la Norma, se da cumplimiento a lo señalado en los puntos PRIMERO y TERCERO, del Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de septiembre del 2009, emitido por el Consejo de Salubridad General.</p>

<p>Justificación: De acuerdo a las Guías internacionales, la Cirugía bariátrica es un procedimiento electivo mayor en donde el cirujano decide donde debe operar este tipo de pacientes, de ahí la importancia de aclarar el tipo de hospital donde la cirugía bariátrica será realizada, para evitar posibles complicaciones secundarias a la falta de infraestructura adecuada para la realización de estos procedimientos. Esta infraestructura debe incluir lo necesario para atender al paciente con obesidad tanto en hospital como en quirófano, así como tener el equipo adecuado para atender posibles complicaciones e incluir las facilidades de laboratorio, radiología, endoscopia, unidad de cuidados intensivos, anestesia y banco de sangre entre otros.</p> <p>Esto en México está contemplado en la Certificación de Hospitales por el Consejo de Salubridad General. Y ha sido publicado en DOF como el ACUERDO por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México. DOF: 11/09/2009.</p>	
<p>128. Dra. Georgina E. Poblano Poblano Sugiere agregar la definición del Médico: 6.0 Médico: 6.0.1 Debe contar, en los términos previstos en las disposiciones jurídicas aplicables, con título, cédula profesional de médico, legalmente expedido por la autoridad educativa competente. 6.0.2 Después de realizar una evaluación completa al paciente dará el tratamiento óptimo para el mismo y en caso de que el médico después de buscar distintas alternativas no consiga los resultados esperados en el tratamiento de su paciente deberá referir al paciente con un médico especialista siempre pensando en el beneficio del paciente.</p> <p>Justificación: Al ser considerada la Obesidad un problema de Salud Pública debe de ser tratada en el Primer Nivel de atención, ya que se ha encontrado que el control de las alteraciones metabólicas como la Resistencia a la Insulina, el Síndrome Metabólico, Dislipidemia, Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermedades Cardiovasculares como Hipertensión Arterial, Enfermedad Isquémica Coronaria, Enfermedad Cerebrovascular, que en México constituyen las primeras causas de morbi-mortalidad, algunas otras enfermedades asociadas a la presencia de obesidad son las gastrointestinales, pulmonares, reproductivas, de la piel, psicológicas e incluso neoplasias, que pueden ocurrir a corto o largo plazo. En épocas anteriores algunas de éstas comorbilidades asociadas a la obesidad, se consideraron enfermedades de los adultos, pero en fechas recientes están apareciendo en la edad pediátrica. Por estas razones, la obesidad se ha convertido en un serio problema de salud pública, aunque rara vez se le considera como una enfermedad por sí misma, debido a la variedad y complejidad de las causas que la originan, el escaso conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos que la producen, la alta prevalencia de obesidad entre la población infantil y adulta, y a la poca información que tiene la población general sobre sus efectos adversos.</p> <p>Se ha mostrado que un índice de masa corporal (IMC) de 22.5-25 kg/m² el riesgo de mortalidad es menor. Sin embargo, por encima de este rango, por cada incremento de 5 kg/m² en IMC se asocia con alrededor del 30% más en mortalidad por cualquier causa (40% para enfermedad vascular, 60-120% para las personas con DM2, enfermedad renal y hepática y el 10% para neoplasias).</p>	<p>No se acepta el comentario, el artículo 79, de la Ley General de Salud, establece los requisitos para ejercer las actividades profesionales en el campo de la medicina; los médicos generales y especialistas participan en sus respectivos ámbitos de competencia profesional. Cabe señalar que tal y como lo establece la Norma, el tratamiento integral, incluye al tratamiento médico general, especializado y quirúrgico, conforme se señala en el Numeral 7 Del Tratamiento médico y correlativos.</p>

<p>La obesidad parece ser uno de los factores desencadenantes del Síndrome Metabólico, un estado cuyo mecanismo fisiopatológico es la Resistencia a la Insulina y que predispone a los individuos al desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus Tipo 2. En diversos estudios se ha documentado que los individuos con mayor adiposidad central o tejido adiposo visceral desarrollan Síndrome Metabólico con más frecuencia que los individuos con una distribución de grasa corporal periférica. A su vez, la Resistencia a la Insulina ha sido aceptada como un factor importante en la descripción de la fisiopatología del Síndrome Metabólico, que se ha identificado cada vez más en todo el mundo en asociación con la epidemia de obesidad.</p> <p>http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf</p> <p>http://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf</p>	
<p>131. Dr. Diego Rueda Sierra Salud y Nutrición A.C.</p> <p>En materia de los profesionales y su competencia en el tratamiento de la obesidad: Es importante formular un procedimiento práctico, útil, efectivo y con comunicación bilateral interdisciplinaria de recepción, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente basado en la historia clínica (antecedentes heredofamiliares, enfermedades, edad, riesgos) y evaluación diagnóstica del paciente.</p> <p>De esta manera es posible que se delimite correctamente el alcance de cada profesional de la salud (nutriólogo, médico, psicólogo, entrenador).</p> <p>También deben considerarse los diferentes niveles de atención y prevención y si la práctica es pública o privada. Dependiendo de cada caso el rol central del tratamiento puede recaer en el médico o en el nutriólogo.</p> <p>De otros profesionales de la salud es importante indicar:</p> <p>¿cuáles son los profesionistas que pueden participar (enfermería, trabajo social, químico con enfoque a ciencias de la salud)</p> <p>¿Cuáles serían las funciones de este tipo de personal en el tratamiento integral de la obesidad?</p> <p>¿Cuál sería el grado mínimo especialidad, maestría o doctorado?</p> <p>Agregar la experiencia comprobable en el área.</p> <p>En materia del diagnóstico,</p> <p>Es necesario tomar en cuenta que el IMC no es el mejor indicador para predecir la salud nutricional ni diagnóstico de un paciente. La misma palabra obesidad se refiere a la enfermedad por exceso de tejido adiposo por lo que la composición corporal debería ser indispensable para el correcto diagnóstico y el IMC queda limitado para hacer el diagnóstico.</p> <p>Para el diagnóstico se debe considerar el grupo de edad, por ejemplo, considerar las tablas de crecimiento de la OMS en niños, obesidad sarcopénica en adultos mayores, o estados de salud-enfermedad que afectan la composición corporal como la enfermedad renal.</p> <p>El IMC puede ser la medición de entrada que puede calcular cualquier profesional de la salud, sin embargo, todo diagnóstico completo debe incluir mediciones de antropometría, historia clínica, exámenes clínicos, análisis de factores de riesgo de forma que el tratamiento sea personalizado.</p> <p>El diagnóstico nutricional es competencia única del nutriólogo.</p>	<p>No se acepta el comentario, cabe señalar que las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica tienen un carácter de observancia obligatoria y establecen disposiciones genéricas y criterios mínimos, con base en la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad y se tenga el menor margen de riesgo y los mayores beneficios para el paciente.</p> <p>Asimismo, establece que el médico es el responsable del tratamiento integral, ello no limita la participación, ni exime de responsabilidad a los demás profesionales de la salud que intervienen en la atención médica de pacientes con sobrepeso y obesidad.</p> <p>En los numerales 7.3.1.6, 7.4.1.5 y 7.5.1.2 del Capítulo 7 "Del tratamiento médico", de la Norma, se hace referencia a integrantes de los equipos multidisciplinarios de manera enunciativa mas no limitativa ya que ello dependerá de las disciplinas del área de la salud necesarias para el estudio de cada paciente en particular; por lo que no es pertinente establecer un listado con los roles o funciones de los integrantes del equipo multidisciplinario.</p> <p>Cabe señalar que el control y vigilancia sanitaria de los establecimientos que brindan atención integral del sobrepeso y la obesidad, es una facultad de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, quien en su caso, aplicará las medidas de seguridad o sanciones que correspondan, en los términos que establece la Ley General de Salud.</p>

<p>En materia de sanciones,</p> <p>Es de vital importancia reforzar las acciones de vigilancia de la norma, y dejar claro las sanciones a las que puede hacerse acreedor a los profesionistas que laboren sin acotar la normativa.</p> <p>En la práctica se han notado principalmente dos figuras de riesgo que pueden “viralizar” información incorrecta, aumentar riesgo de padecer enfermedades o retrasar diagnósticos oportunos para el tratamiento de enfermedades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vendedores y distribuidores de suplementos alimenticios. Que realizan prácticas ilegales de orientación alimentaria, diagnósticos nutricionales, concursos para bajar de peso, retos, entre otras actividades Coaches de salud o cambio de hábitos. Que realizan prácticas ilegales de orientación alimentaria, pláticas, talleres, diagnósticos nutricionales, entre otras. <p>También se puede consultar el vídeo de preparación de este documento https://www.youtube.com/watch?v=wHplAhxB0pQ</p>	
<p>132. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud Proponemos añadir aparte al cirujano</p> <p>6.1.1 Del cirujano Bariatra: Debe contar, en los términos previstos en las disposiciones jurídicas aplicables, con título, cédula de médico especialista en: cirugía general, cirugía pediátrica, endoscopia, cirugía bariátrica según sea el caso, legalmente expedidos por la autoridad educativa competente y certificado de especialización vigente expedido por el consejo correspondiente;</p> <p>133. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>En el punto 6.1.1 se habla del “médico especialista” de forma, tanto escueta como sumamente restrictiva y discriminatoria por lo tanto, ya que solo se menciona (y así es como se entiende por la redacción) que el único capacitado para el manejo del paciente obeso en un médico (únicamente cirujano) “...con título, cédula de médico especialista en: cirugía general, cirugía pediátrica o endoscopia, según sea el caso” (sic), ¡descartando, en primer lugar, al endocrinólogo o internista quienes (teóricamente, pero solo eso, ya que sabemos en que en la práctica no siempre están bien capacitados en el área de la obesidad), serían los directos implicados! En segundo lugar y, en función del grave problema de salud pública que la obesidad en nuestro país representa ^(37, 38, 39, 40, 41), ¡al médico general! (que no solo es el primer contacto del paciente), sino que, además, los hay adecuadamente adiestrados en el tratamiento de la obesidad!</p> <p>¡Esto podría conducir a graves problemas legales como ya los hubo con la norma anterior, y que fuera motivo de su eliminación misma!</p> <p>Cito los siguientes tres ejemplos que son contrarios a lo que aquí se pretende: En la NOM-015-SSA2-2010 para diabetes, ¡en ningún momento se hace referencia a “médico especialista” alguno que deba ser el único responsable de la aplicación farmacológica correspondiente!, ¡mucho menos que éste deba ser un cirujano y, por el contrario, se involucra con gran soltura al médico de primer contacto en el tratamiento del paciente diabético!; esto es, que ¡se asume sin lugar a la duda, que cualquier médico debidamente capacitado (se supone que esta es la función de cualquier escuela de medicina) puede hacerse responsable del tratamiento de estos pacientes!</p>	<p>No se acepta el comentario, dentro de las especialidades legalmente reconocidas por las autoridades educativas competentes, no se encuentra reconocido al especialista en “Cirugía Bariátrica”, al cual se le expida una cédula profesional que lo faculte para ejercer esa especialidad.</p> <p>No se acepta el comentario, de conformidad con el punto 3.14 el tratamiento integral, incluye el tratamiento médico, sin especificar que se trate del médico general o especialista lo cual se ratifica en los puntos 7, 7.1 y 7.2, de la Norma, que contienen las disposiciones relativas al tratamiento médico no farmacológico u farmacológico. En el caso del tratamiento quirúrgico es requisito indispensable que se trate de un cirujano especialista, certificado por el Consejo de la especialidad correspondiente, de conformidad con los artículos 81 y 272 Bis, de la Ley General de Salud.</p> <p>Por lo que en ningún momento, se excluye al médico general o a la denominación equivalente en los distintos modelos de atención.</p>

<p>Así mismo, en la NOM-030-SSA2-2009 para HTA en el punto 11.5 se lee: “El médico, con apoyo del equipo de salud, tendrá bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente” (sic) y, solo en los dos puntos anteriores de la misma (11.3 y 11.4), es donde se hace referencia a los casos complicados que deberán ser referidos al “especialista”, ¡sin que se haya considerado la necesidad de especificar cuál debe ser dicho especialista (Cardiólogo o Internista por ejemplo)!</p> <p>Finalmente, en la NOM-037-SSA2-2012 para Dislipidemias no se hace una sola mención sobre quién es el encargado de aplicar el tratamiento farmacológico correspondiente; ¡simplemente se asume que es el médico, sin hacer distinciones discriminatorias!</p> <p>37. García G E, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Salud Pública de México / vol. 50, no. 6, noviembre-diciembre de 2008.</p> <p>38. Rivera DJ, Hernández AM, Aguilar SC, Vadillo OF, Murayama RC. Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. 1ª Ed. México: UNAM; 2012. Pág 19, 22, 24, 29.</p> <p>39. Barrera Cruz A, Rodríguez González A y Molina Ayala M A (2013) Escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 51 (3), 292-299.</p> <p>40. Kilos de más, Pesos de menos. Los costos de la Obesidad en México. http://imco.org.mx/banner_es/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico Consultado al 14 de marzo 2017.</p> <p>41. Asociación Mexicana en Dirección de Recursos Humanos (AMEDIRH). La obesidad genera ausentismo laboral. Jueves 28 de junio de 2012. Consultado el 14 de marzo 2017 en http://archivo.eluniversal.com.mx/notas/856182.html</p>	
<p>134. Dr. Vicente Cárdenas Tovar Academia Mexicana para el Estudio de la Obesidad, A.C. 6.1.1.1 3. Para enfrentar con más éxito esta última emergencia se requiere la participación de los Médicos Generales de todo el país, sobre todo de los que han sido capacitados ya actualizados en el manejo integral de la Obesidad por Instituciones Académicas como AMEO; porque leyendo cuidadosamente el proyecto de Norma, no cita a los Médicos Generales y pareciera que la única es la Cirugía Bariátrica, o ¿no aplica a los Médico Generales)</p> <p>135. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson Ajustar en el texto 6.1.1.1 Debe contar, en los términos previstos en las disposiciones jurídicas aplicables, con título, cédula de médico especialista en: cirugía, cirugía pediátrica o endoscópica, según sea el caso, legalmente expedidos por la autoridad educativa competente y certificado de especialización vigente expedido por el consejo correspondiente;</p> <p>136. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud 6.1.1.1 Debe contar, en los términos previstos en las disposiciones jurídicas aplicables, con título, cédula de médico especialista en: áreas clínicas según sea el caso, legalmente expedidos por la autoridad educativa competente y certificado de especialización vigente expedido por el consejo correspondiente;</p>	<p>No se acepta el comentario, de conformidad con el punto 3.14 el tratamiento integral, incluye el tratamiento médico, sin especificar que se trate del médico general o especialista, lo cual se ratifica en los puntos 7, 7.1 y 7.2, de la Norma, que contienen las disposiciones relativas al tratamiento médico no farmacológico u farmacológico. En el caso del tratamiento quirúrgico es requisito indispensable que se trate de un cirujano especialista, certificado por el Consejo de la especialidad correspondiente, de conformidad con los artículos 81 y 272 Bis, de la Ley General de Salud.</p> <p>Por lo que en ningún momento, se excluye al médico general o a la denominación equivalente en los distintos modelos de atención.</p> <p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se modifica la redacción, para quedar como sigue:</p> <p>6.1.1.1 Debe contar, en los términos de lo previsto por disposiciones aplicables, con título, cédula de médico especialista en: cirugía, cirugía pediátrica o endoscópica, según sea el caso, legalmente expedidos por la autoridad educativa competente y certificado vigente de especialista expedido por el consejo correspondiente.</p>

<p>137. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía Ajustar en el texto 6.1.1.1 Debe contar, en los términos previstos en las disposiciones jurídicas aplicables, con título, cédula de médico especialista en: cirugía, cirugía pediátrica o endoscópica, según sea el caso, legalmente expedidos por la autoridad educativa competente y certificado de especialización vigente expedido por el consejo correspondiente;</p>	
<p>138. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México 6.1 Del perfil del personal de salud. 6.1.1 Del médico especialista. 6.1.1.2 Debe haber recibido adiestramiento en cirugía abierta y/o laparoscópica avanzada, cirugía bariátrica y contar con la certificación en cirugía bariátrica, experiencia documentada en cirugía bariátrica, así como conocer el tratamiento y manejo integral del paciente con obesidad mórbida¹², y Justificación Guías internacionales de referencia establecen el adiestramiento mínimo que requiere un médico para realizar algún procedimiento para la atención del paciente con obesidad. Mismos, que dan certeza al usuario que tendrán un buen resultado clínico y disminuye el riesgo de vulnerar la salud del paciente debido a un procedimiento mal ejecutado. ¹² Inabnet W, Bour E, Carlin A, et al. Joint task force recommendations for credentialing of bariatric surgeons. ASMBS Guidelines/Statements. Surgery for Obesity and related Diseases 2013; 9:595-597.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, ya que de conformidad con el Artículo 272 Bis de la Ley General de Salud, se establece la obligatoriedad de contar con la certificación correspondiente, por lo que se modifica la redacción, para quedar como sigue: 6.1.1.2 Deberá contar con certificación en cirugía bariátrica o endoscópica, emitidos por el consejo correspondiente y conocer el tratamiento integral del paciente con obesidad, y</p>
<p>139. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 6.1.1.2 Debe haber recibido adiestramiento en cirugía bariátrica y conocer el tratamiento y manejo integral del paciente con obesidad y debe estar certificado por el Comité Normativo Nacional de Consejo de Especialidades, y Justificación - Ley General de Salud, Artículo 81</p>	
<p>140. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 6.1.1.2 Debe haber recibido adiestramiento en cirugía bariátrica y conocer el tratamiento y manejo integral del paciente con obesidad y debe estar certificado por el Comité Normativo Nacional de Consejo de Especialidades, y Justificación - Ley General de Salud, Artículo 81</p>	
<p>141. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 6.1.1.2 Debe haber recibido adiestramiento en cirugía bariátrica y conocer el tratamiento y manejo integral del paciente con obesidad y debe estar certificado por el Comité Normativo Nacional de Consejo de Especialidades, y Justificación - Ley General de Salud, Artículo 81</p>	

<p>142. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México Proponemos añadir: 6.1.1.3 En el caso de los procedimientos endoscópicos, estos deberán ser realizados por especialistas en endoscopia y/o endoscopia bariátrica así como conocer el tratamiento y manejo del paciente con obesidad mórbida.¹³ Justificación A nivel internacional se establecen requerimientos mínimos que deben cumplir los médicos que realizarán las intervenciones a los pacientes con obesidad para garantizar el adecuado manejo y evitar poner en riesgo la salud del paciente 13 Dayyeh B, Kumar N, Edmundowicz S, et al. ASGE Bariatric Endoscopy Task Force systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting endoscopic bariatric therapies. <i>Gastrointestinal Endoscopy</i> 2015;82(3):425-438.</p>	<p>No se acepta el comentario, en el punto 6.1.1.1 de esta Norma se especifica el perfil del especialista en cirugía para atención médica del paciente con obesidad y en el punto 7.5 de la Norma y correlativos, se especifican los criterios mínimos para el tratamiento quirúrgico o endoscópico, por lo que no es necesario adicionar una nueva disposición. Adicionalmente, se hace notar que el numeral 6.1.1.3, de la Norma, se refiere a la revalidación de estudios en el extranjero y no así, a procedimientos endoscópicos.</p>
<p>143. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México 6.2 Del nutriólogo. 6.2.1 Debe contar con título y cédula profesional de nutriólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida y nutrición en Bariatria. Justificación Para garantizar resultados adecuados del manejo del paciente el equipo multidisciplinario debe contar con conocimientos en la materia ya que los pacientes obesos y pacientes candidatos a recibir un procedimiento bariátrico tienen requerimientos específicos de su esquema de nutrición.</p> <p>144. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 6.2. Del nutriólogo. 6.2.1. Deberá contar con título y cédula profesional de nutriólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida y nutrición en bariatria. Justificación. - Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>145. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 6.2.1. Deberá contar con título y cédula profesional de nutriólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida y nutrición en bariatria.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se modifica la redacción, para quedar como sigue: 6.2.1 Debe contar con título y cédula profesional de nutriólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente en términos de lo previsto por las disposiciones aplicables y conocer el tratamiento integral de pacientes con obesidad.</p>

6.2.3 Puede contar con un grado académico de maestría en nutrición. Siempre y cuando cuente con licenciatura en el área clínica.

Justificación: Es necesario especificar el grado académico que el nutriólogo debe tener, ante las diferentes características que esta rama presenta en el país. Existen médicos generales que cuentan con posgrado o maestría en nutrición que no se encuentran contemplados en esta norma. Se debe especificar que el título de licenciatura en área clínica es indispensable, para evitar que quienes no son clínicos y hacen cursos o diplomados en nutrición estén facultados por esta norma para ejercer.

146. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez

Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud

6.2.1 Debe contar con título y cédula profesional de nutriólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente y **demostrar entrenamiento o experiencia en pacientes bariátricos clínicos y/o quirúrgicos**

147. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

6.2.1 Debe contar con título y cédula profesional de nutriólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente **y de preferencia contar con experiencia en el tratamiento de pacientes con obesidad.**

Justificación: El abordaje nutricional de la obesidad requiere capacitación y experiencia en el área y actualización en el conocimiento de los avances científicos que se traducen en una mejor atención de la enfermedad.

148. Dras. Ailed Hernández y Diana Rodríguez

Universidad Iberoamericana

Debe decir: **6.2.1** Debe contar con título y cédula profesional de nutriólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente. **Así como especialidad o adiestramiento en el tratamiento de Obesidad.**

Justificación: El abordaje de los problemas de salud de México se orienta a la formación con excelencia de profesionistas, con habilidades cognitivas e instrumentales que les permitan intervenir en situaciones concretas para prevenir, diagnosticar y tratar la obesidad, así como sus comorbilidades.

149. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado

Academia Mexicana de Cirugía

6.2. Del nutriólogo.

6.2.1. Deberá contar con título y cédula profesional de nutriólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente **así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida y nutrición en bariatría.**

Justificación.

- Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

<p>150. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México 6.3. Del psicólogo. 6.3.1. Debe contar con título y cédula profesional de psicólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente, y 6.3.2 Contar con formación en el área clínica y con entrenamiento en psicología Bariátrica. Justificación Para garantizar resultados adecuados del manejo del paciente el equipo multidisciplinario debe contar con conocimientos en la materia ya que los pacientes obesos y pacientes candidatos a recibir un procedimiento bariátrico pueden presentar situaciones que requieran apoyo y atención psicológica para lograr el apego adecuado al tratamiento.</p> <p>151. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 6.3. Del psicólogo o psiquiatra 6.3.1. Deberá contar con título y cédula profesional de psicólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente; y 6.3.2 Contar con formación en el área clínica y con entrenamiento en psicología o psiquiatría bariátrica. Justificación. - Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>152. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 6.3. Del psicólogo o psiquiatra 6.3.1. Deberá contar con título y cédula profesional de psicólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente; y 6.3.2 Contar con formación en el área clínica y con entrenamiento en psicología o psiquiatría bariátrica. Justificación. - Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>153. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud 6.3.1. Debe contar con título y cédula profesional de psicólogo con entrenamiento en pacientes bariátricos clínicos y/o quirúrgicos legalmente expedida por la autoridad educativa competente, y</p> <p>154. Dras. Ailed Hernández y Diana Rodríguez Universidad Iberoamericana Debe decir: 6.3.1. Debe contar con título y cédula profesional de psicólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente, y Justificación: El abordaje de los problemas de salud de México se orienta a la formación con excelencia de profesionistas, con habilidades cognitivas e instrumentales que les permitan intervenir en situaciones concretas para prevenir, diagnosticar y tratar la obesidad, así como sus comorbilidades.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, no es necesario incluir al profesional en “psiquiatría” toda vez que está señalado en el punto 7.5.1.1, de la Norma, como parte del equipo multidisciplinario, no obstante se modifica la redacción para quedar como sigue: 6.3.2 Contar con formación en el área clínica y conocer el tratamiento integral de pacientes con obesidad.</p>
--	---

<p>155. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 6.3. Del psicólogo o psiquiatra 6.3.1. Deberá contar con título y cédula profesional de psicólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente; y 6.3.2 Contar con formación en el área clínica y con entrenamiento en psicología o psiquiatría bariátrica. Justificación. - Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>156. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán 6.3.2 Contar con formación en el área clínica <u>y con experiencia en el tratamiento de pacientes con obesidad.</u> Justificación: El abordaje del paciente con obesidad requiere de conocimientos específicos de la problemática y de los abordajes psicológicos- Se requiere de experiencia específica en el área para identificar y apoyar en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria como trastorno por atracón, frecuente en personas con obesidad.</p> <p>157. Dras. Ailed Hernández y Diana Rodríguez Universidad Iberoamericana 6.3.2 Contar con formación o adiestramiento en el área clínica en específico para el paciente con obesidad.</p>	
<p>158. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud Proponemos incluir al médico del deporte 6.4 Del médico del deporte o fisioterapeuta 6.4.1. Debe contar con título y cédula profesional de médico del deporte o fisioterapeuta legalmente expedida por la autoridad educativa.</p>	<p>No se acepta el comentario, el médico especialista en Medicina del deporte no es una especialidad clínica, por lo que no atienden de manera general a pacientes en establecimientos para la atención médica. La fisioterapia es parte de la medicina; ello no es excluyente de que ambos especialistas participen en la atención del paciente si así lo considera el médico tratante.</p>
<p>159. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 6.X Del endocrinólogo. 6.X.1. Debe contar con título y cédula profesional de endocrinólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida. 6.X Del médico internista. 6.X.1. Debe contar con título y cédula profesional del médico internista legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida. 6.X Del cardiólogo. 6.X.1. Debe contar con título y cédula profesional de cardiólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida Justificación. - Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p>	<p>No se aceptan los comentarios, no es necesario mencionar a los especialistas en: endocrinología, cardiología y medicina interna, ni a otros especialistas en otras ramas de la medicina, toda vez que el especialista en medicina interna está señalado en el punto 7.5.1.2, de la Norma como parte del equipo multidisciplinario, sin embargo, ello no es limitativo de que participen otros especialistas en caso de que el médico tratante así lo considere, para la mejor atención del paciente.</p>

<p>160. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 6.3.3 Del endocrinólogo. 6.3.1. Debe contar con título y cédula profesional de endocrinólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida. 6.4 Del médico internista. 6.4.1. Debe contar con título y cédula profesional del médico internista legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida. 6.5 Del cardiólogo. 6.5.1. Debe contar con título y cédula profesional de cardiólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida Justificación. - Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en http://goo.gl/NTTr6a2</p> <p>161. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 6.4 Del endocrinólogo. 6.4.1. Debe contar con título y cédula profesional de endocrinólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida. 6.5 Del médico internista. 6.5.1. Debe contar con título y cédula profesional del médico internista legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida. 6.6 Del cardiólogo. 6.6.1. Debe contar con título y cédula profesional de cardiólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida Justificación. - Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en http://goo.gl/NTTr6a2</p>	
<p>162. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México 6.4. De otros profesionales de la salud. 6.4.1 En el caso de los profesionales de la salud que cuenten con un posgrado en nutrición, deben contar con formación académica en el área clínica así como con un entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida y nutrición en Bariatría. Justificación Para garantizar resultados adecuados del manejo del paciente el equipo multidisciplinario debe contar con conocimientos en la materia.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se modifica la redacción para quedar como sigue: 6.4.1 En el caso de los profesionales de la salud que cuenten con un posgrado en nutrición, deben contar con formación académica en el área clínica y conocer el tratamiento integral de pacientes con obesidad.</p>

**163. C. Claudia Norma Freyre Castañeda
Johnson&Johnson**

6.X De otros profesionales de la salud.

6.X.1 En el caso de los profesionales de la salud que cuenten con un posgrado en nutrición, deben contar con formación académica en el área clínica **así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida.**

Justificación.

- Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

164. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos

Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.

6.4.5. De otros profesionales de la salud.

6.4.5.1 En el caso de los profesionales de la salud que cuenten con un posgrado en nutrición, deben contar con formación académica en el área clínica **así como con entrenamiento en el manejo del paciente con obesidad mórbida.**

Justificación.

- Las especialidades agregadas son consistentes con la definición de equipo multidisciplinario y listadas por la Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051- 08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

165. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

6.4.1 En el caso de los profesionales de la salud que cuenten con un posgrado en nutrición, deben contar con formación académica en el área clínica y documentar capacitación **en el tratamiento de la obesidad realizado en un centro académico u hospitalario reconocido específica.**

Justificación: Este apartado se presta a interpretaciones ligeras. Habría que acotar a que profesionales de la salud se refiere. La especialización en nutrición en el área clínica no garantiza experiencia suficiente para manejar pacientes con obesidad. Es necesaria la formación académica con práctica clínica específicamente en el tratamiento del paciente con obesidad.

166. Dras. Ailed Hernández y Diana Rodríguez

Universidad Iberoamericana

6.4.1 En el caso de los profesionales de la salud que cuenten con un posgrado en nutrición, deben contar con formación académica en el área clínica **y especialización en el tratamiento de obesidad.**

Justificación: El abordaje de los problemas de salud de México se orienta a la formación con excelencia de profesionistas, con habilidades cognitivas e instrumentales que les permitan intervenir en situaciones concretas para prevenir, diagnosticar y tratar la obesidad, así como sus comorbilidades.

No se acepta el comentario, de conformidad con los artículos 79 y 80, de la Ley General de Salud, se reconoce a la autoridad educativa competente, por lo que no es necesario indicar centro académico u hospitalario reconocido.

<p>167. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>6.6 En caso de valorar tratamiento quirúrgico, éste deberá ser indicado y realizado por un especialista en cirugía general con adiestramiento en cursos de alta especialidad, especialidad médica y/o certificación en cirugía bariátrica.</p> <p>6.7 En el caso de procedimientos endoscópicos estos deberán ser realizados por especialistas con adiestramiento en cirugía bariátrica y/o certificación para la realización de endoscopia.</p> <p>Justificación: Deberá incluirse la medida indispensable de que es el cirujano general quien indica la necesidad de un procedimiento quirúrgico, así como mencionar las características que el cirujano general debe tener para realizar el acto quirúrgico. Con la intención de evitar que otro miembro del equipo multidisciplinario tome facultades propias de la especialidad quirúrgica. Así mismo el especialista en cirugía general actualmente tiene los medios para obtener un grado académico en cirugía bariátrica por medio de cursos de alta especialidad, especialidad quirúrgica y/o Certificación avalando el adiestramiento y capacidad quirúrgica para la realización de estos procedimientos, no considerados dentro de la preparación ni en los programas de la especialidad en cirugía general.</p> <p>Así mismo especificar quienes podrán realizar los procedimientos endoscópicos. Es de considerarse que la cirugía bariátrica ha proliferado como una herramienta útil, realizada en ocasiones por personal no capacitado, sin el apoyo del equipo multidisciplinario, en centros que no cuentan con los requerimientos mínimos necesarios para lograr el objetivo deseado, constituyendo una mala práctica que conduce a severas complicaciones de salud; revisar el ACUERDO por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México. Publicado en el DOF: 11/09/2009.</p>	<p>No se acepta el comentario, en el punto 6.1.1.1, de la Norma, se especifica el perfil idóneo para la atención de pacientes con sobrepeso y la obesidad, la Norma no puede establecer estos requisitos para el cirujano bariatra, toda vez que no existe la especialidad bariátrica, ni se otorga una cédula profesional, por lo que no es posible establecer la obligatoriedad de estos requisitos.</p> <p>Lo relativo al tratamiento quirúrgico y endoscópico está descrito en el punto 7.5, de la Norma y correlativos, por lo que no es necesario incluir nuevas disposiciones ya contenidas en la Norma.</p>
<p>168. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>7. Del tratamiento médico.</p> <p>7.1 En el tratamiento no farmacológico el equipo multidisciplinario debe:</p> <p>(...)</p> <p>Justificación.</p> <p>De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (Algoritmo 2, p.65), es el equipo transdisciplinario el que evalúa el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.</p> <p>169. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>7. Del tratamiento médico.</p> <p>7.1 En el tratamiento no farmacológico el equipo multidisciplinario debe:</p> <p>(...)</p> <p>Justificación.</p> <p>De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (Algoritmo 2, p.65), es el equipo transdisciplinario el que evalúa el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.</p>	<p>No se acepta el comentario, el punto 7.1, de la Norma se refiere a las disposiciones que aplican al tratamiento médico no farmacológico y el punto 7.1.3, de la Norma, se establece la referencia al paciente con el nutriólogo, psicólogo y con los demás profesionales de la salud que resulten necesarios para el tratamiento integral; por lo que no es necesario especificar que en este tipo de tratamiento, participe necesariamente un equipo multidisciplinario.</p>

<p>170. Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad A.C.</p> <p>En cuanto al índice 7, específicamente del tratamiento médico</p> <p>En el área médica, donde queda Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna y Endocrinología? Se Percibe que Cirugía General y Pediatría o Endoscopia son los únicos autorizados para tratar obesidad,</p> <p>En cuanto a que el medico será el responsable del tratamiento, consideramos que en el caso del Lic. En Nutrición, si el paciente acude a su consulta, el debería de ser el responsable y canalizarlo, en caso necesario al médico.</p>	<p>No se acepta el comentario, de conformidad con el punto 3.14 el tratamiento integral, incluye el tratamiento médico, sin especificar que se trate del médico general o especialista lo cual se ratifica en los puntos 7, 7.1 y 7.2, de la Norma, que contienen las disposiciones relativas al tratamiento médico no farmacológico u farmacológico. En el caso del tratamiento quirúrgico es requisito indispensable que se trate de un cirujano especialista, certificado por el Consejo de la especialidad correspondiente, de conformidad con los artículos 81 y 272 Bis, de la Ley General de Salud.</p> <p>Asimismo, la Norma establece en el punto 5.2.3, que el médico es responsable del tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, ello no es limitativo para que otros profesionales de salud como el licenciado en nutrición participen en la atención del paciente de acuerdo con su ámbito de responsabilidad profesional.</p>
<p>171. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México</p> <p>7.1.2</p> <p>OBSERVACIÓN: Desarrollar rubro específico sobre la instauración de ejercicio aeróbico; tales como tipo de ejercicio, duración o intensidad o al menos indicar algún documento de referencia, tal como la publicación de la OMS “Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud”, publicado en el 2010 o el de Guías alimentarias y de actividad física: en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana, de la Academia Nacional de Medicina de México del 2015 (o si es factible alguna más reciente) o las Guías de Práctica Clínica en materia de Sobrepeso y Obesidad.</p> <p>Cabe citar que la NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.o la NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, (padecimientos altamente relacionados a sobrepeso y obesidad), así como sus proyectos de actualización, incluyen amplias recomendaciones sobre tal aspecto, por lo cual de hecho debería estar más desarrollado en este documento.</p> <p>En relación a los aspectos nutricionales, se hace referencia a la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, pero no se hace énfasis sobre aspectos que el médico tratante debe evaluar respecto a la nutrición, basta citar sobre cuáles son los objetivos que se deben cumplir o como vigilar la adherencia a las recomendaciones nutricionales, de lo cual la norma de referencia no hace mención alguna, estos puntos si se observan en los otros documentos normativos citados.</p>	<p>No se acepta el comentario, la Norma establece de acuerdo con su objeto y campo de aplicación criterios mínimos de cumplimiento obligatorio para los profesionales de la salud y los establecimientos para la atención médica que brindan servicios para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; no pretende constituirse en una guía de ejercicio aeróbico, ni un listado de referencias o criterios que no son de observancia obligatoria. En cuanto a las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus; NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias y NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, están señaladas en los puntos 2.5, 2.12 y 2.13 respectivamente, del Capítulo de Referencias normativas, de la Norma.</p>
<p>172. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>7.2.1 Será el único profesional de la salud facultado para prescribir medicamentos aprobados en los casos que así se requiera, en términos de lo previsto en esta norma;</p>	<p>No se acepta el comentario, el medico únicamente debe prescribir medicamentos que cumplan con las disposiciones aplicables, lo cual está implícito en el punto 7.2.1, de la Norma.</p>

173. COFEPRIS/CEMAR

7.2.2. Puede prescribir medicamentos para el tratamiento del sobrepeso y de la obesidad, cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento integral en pacientes **que permanezcan con un diagnóstico de obesidad conforme se establece en 5.2.4, con o sin comorbilidades o en pacientes con un diagnóstico de sobrepeso de acuerdo con lo establecido en 5.2.4, con una o más comorbilidades.**

Justificación: Se sugiere sustituir los puntos de corte, debido a que son diferentes los puntos de corte de cada indicador antropométrico para diagnosticar sobrepeso u obesidad, de acuerdo con el grupo etario, según se dispone en 5.2.4 del Proyecto de Norma.

174. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson

7.2.2 Podrá prescribir medicamentos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, cuando exista evidencia de falta de respuesta ~~al tratamiento integral~~ a la ~~prescripción~~ de actividad física y ejercicio en un periodo de al menos tres meses en pacientes con IMC de 30 kg/m² o más, con o sin comorbilidades o en pacientes con IMC superior a 27 kg/m² con una o más comorbilidades;

Justificación.

- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

- Se sugiere eliminar "tema de tratamiento integral" ya que en la definición del mismo, se incluye los tratamientos farmacológico y quirúrgico.

175. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado**Academia Mexicana de Cirugía**

7.2.2 Podrá prescribir medicamentos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, cuando exista evidencia de falta de respuesta ~~al tratamiento integral~~ a la ~~prescripción~~ de actividad física y ejercicio en un periodo de al menos tres meses en pacientes con IMC de 30 kg/m² o más, con o sin comorbilidades o en pacientes con IMC superior a 27 kg/m² con una o más comorbilidades;

Justificación.

- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

- Se sugiere **eliminar "tema de tratamiento integral"** ya que en la definición del mismo, se incluye los tratamientos farmacológico y quirúrgico.

176. Dr. Raymundo Rosas Munguía

Al igual que en la norma anterior, el punto 7.2.1 deja muy claro que el médico es el único profesional de la salud facultado para prescribir medicamentos en los casos que así se requiera.

En el punto 7.2.2 **queda implícita (nuevamente) la aceptación del uso de fármacos para tratamiento del sobrepeso u obesidad** (como fuera expresado en la anterior norma en los puntos 7.1.1. a 7.1.5.), pero sigue sin especificarse cuáles ^{(25, 31, 42,43, 44, 45, 46, 47, 48, 49).} como si se hace en la NOM para Diabetes y en la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial 2009, addendum a la NOM 030 y también en la correspondiente a Dislipidemias, **para, ¡increíblemente, prohibirlos más adelante en los puntos 10.1.6 al 10.1.9!**

Por otro lado, ¡se sigue limitando la prescripción de ellos a la falta de respuesta en un período inicial de al menos tres meses, cuando la mayoría de estos pacientes llegan al consultorio después de haber pasado ya por muchos otros lugares **siendo, precisamente, la falta de respuesta adecuada a la aplicación de solo dieta y ejercicio una constante y que frustra enormemente al paciente!!! Es por ello que considero pertinente y sensato, dejar esta**

Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue:

7.2.2. Puede prescribir medicamentos para el tratamiento del sobrepeso y de la obesidad, cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento no farmacológico, actividad física y permanezcan con un diagnóstico de sobrepeso y obesidad, de conformidad con lo que establece el Apéndice A Informativo, de esta Norma, con o sin comorbilidades.

No se aceptan los comentarios, el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad está orientado fundamentalmente al tratamiento médico no farmacológico, farmacológico y quirúrgico los cuales ya incluyen la actividad física.

No se acepta el comentario, cabe señalar que de conformidad con el objeto y alcance de la Norma, no es pertinente incluir un listado de fármacos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, toda vez que ello es facultad potestativa del médico tratante, de acuerdo con su libertad prescriptiva y las características de cada paciente con sobrepeso u obesidad.

Con relación a los puntos 10.1.6 y 10.1.9 del Capítulo 10, se eliminan del contenido normativo de la Norma y se reestructuró en su totalidad el Capítulo 10, para quedar como sigue:

10.1 Se entienden como contraindicaciones para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad las siguientes:

10.1.1 Prescribir tratamiento por personal técnico o por cualquier otro profesional del área de la salud no facultado para ello, conforme a las disposiciones aplicables;

10.1.2 Prescribir tratamientos a base de fármacos, productos o procedimientos que no cuenten con evidencia científica, eficacia terapéutica, seguridad y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica para su uso o aplicación y signifiquen un riesgo o daño para la salud o la vida del paciente con sobrepeso u obesidad, conforme a las disposiciones aplicables;

<p>decisión en manos del buen juicio y criterio del médico adecuadamente adiestrado en el uso de estos fármacos.</p> <p>25. Consenso de expertos sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en edad pediátrica. Bol Med Hosp Infant Mex 2015;72 Supl 1:1-28.</p> <p>31. Leija AG, Díaz RF. Aportaciones Mexicanas al Estudio y Tratamiento de la Obesidad. 1ª Ed. Alemania: Ed. Editorial Académica Española; 2014.</p> <p>42. Morín ZR, Lonngi VG. Farmacoterapia de la obesidad. México: Litografo; 2005.</p> <p>43. Barquera S, Tolentino L y Rivera Dommarco J, ed. Sobre peso y obesidad: epidemiología, evaluación y tratamiento. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006</p> <p>44. Morín ZR. Obesidad y Farmacología. 1ª. Ed. México: Edit. ASECOM; 2015.</p> <p>45. Bray GA. Medications for Weight Reduction. Endocrinol Metab C. lin N Am 2008; 37: 923942.</p> <p>46. Bray GA, Greenway FL. Pharmacological Treatment of the Overweight Patient. Pharmacol Rev 2007;59:151-84.</p> <p>47. A. Halpern, M. C. Mancini. Treatment of obesity: an update on anti-obesity medications. obesity reviews (2003) 4, 25-42.</p> <p>48. Huizinga MM. Weight-loss Pharmacotherapy: A brief review. 2007 Clin Diab; 25,4:135-140.</p> <p>49. Mancini Marcio C., Halpern Alfredo. Pharmacological treatment of obesity. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2006 Apr [cited 2017 Mar 19] ; 50(2): 377-389. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200024&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302006000200024</p>	<p>10.1.3 Prescribir fármacos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente, que pongan en riesgo la salud o la vida del paciente, por la prescripción de fármacos adulterados, alterados o falsificados, en términos de las disposiciones aplicables;</p> <p>10.1.4 Indicar en pacientes menores de 18 años, el uso generalizado de hormonas como única alternativa de tratamiento del sobrepeso y la obesidad;</p> <p>10.1.5 Utilizar técnicas no convencionales para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, que no cuenten con evidencia científica y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica;</p> <p>10.1.6 Indicar como opción de tratamiento el uso de aparatos de ejercicio electrónicos o mecánicos, aparatos térmicos, de masaje, vendas de yeso, baños sauna, así como otros procedimientos y equipos en apoyo al tratamiento médico, que no hayan demostrado su eficacia terapéutica y que además representen un riesgo para la salud;</p> <p>10.1.7 Realizar bajo criterio del médico únicamente el tratamiento quirúrgico, sin la participación y evaluación de un equipo multidisciplinario en los términos que señala el punto 7.5.1.1, de esta Norma, para evitar comprometer la vida del paciente, y</p> <p>10.1.8 Usar la liposucción y la lipoescultura como tratamientos para el sobrepeso y la obesidad.</p>
<p>177. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>Incluir un rubro de turismo médico en cirugía bariátrica, en donde se debe resaltar la importancia del seguimiento a largo plazo.</p>	<p>No se acepta el comentario, cabe señalar el denominado "turismo médico" no corresponde al objeto y alcance de la Norma, que regula el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, independientemente de la calidad migratoria con que ingrese el paciente a nuestro país o de pacientes mexicanos.</p>
<p>178. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>Numeral 7.3. Pienso que por la importancia que revisten los tratamientos no farmacológicos para el tratamiento del particular, en función del tamaño de impacto que en el paciente tienen, considero que deben ir referidos en primer lugar los lineamientos endoscópicos y, en segundo, los quirúrgicos; habría que reordenarlos y agregar la bibliografía actualizada correspondiente.</p> <p>7.3.1 al 7.3.1.5 no hubo cambios sustanciales respecto a la anterior norma (puntos del 7.2.1 al 7.2.2), ya se solo fueron más desglosados y casi idénticamente copiados, situación que considero sumamente delicada ya que este tema de la cirugía bariátrica fue motivo de controversia y el origen de la declaratoria de inconstitucionalidad por parte de la SCJN en diciembre del 2011^(50, 51,52), aún con el argumento del voto en contra de uno de los ministros de aquel momento ⁽⁵³⁾!. No hay que dejar de aclarar que dicha declaratoria e hizo sobre la primera norma de 1998 ⁽⁵⁴⁾ y no sobre la del 2010 vigente ya para ese entonces.</p> <p>NOTA: A la fecha prevalece una gran confusión sobre este tema, por lo que recomiendo una profunda revisión asistida por abogados para evitar estos problemas nuevamente.</p> <p>50. Amparo directo en revisión 2044/2008 - Suprema Corte de Justicia de la Nación. Descargado el 14 de marzo 2017 de: www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/cerrados/Publico/10023570.010.doc La quejosa plantea que la Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad (*****) es inconstitucional en razón de su procedimiento de</p> <p>51. NOTA: La referencia anterior es el antecedente de la siguiente: AMPARO DIRECTO EN REVISIÓN 2357/2010 QUEJOSO:***** MINISTRO PONENTE: ARTURO ZALDIVAR LELO DE LARREA. SECRETARIO: MARIO GERARDO AVANTE JUÁREZ. México, Distrito Federal. Acuerdo de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, correspondiente al día siete de diciembre de dos mil once. Descargado el 14 de marzo 2017 de: www2.scjn.gob.mx/juridica/engroses/cerrados/Publico/10023570.010.doc</p> <p>52. Inconstitucional, norma que regula manejo integral y tratamiento de obesidad: SCJN. En: https://www.sitios.scjn.gob.mx/jrcossio/sites/default/files/articulos/prt261113.pdf</p>	<p>No se acepta el comentario, la Norma regula el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, a través del tratamiento médico no farmacológico y farmacológico, así como quirúrgico y endoscópico, sin que se pretenda establecer una secuencia procedimental; toda vez que el médico, de conformidad con las características y necesidades del paciente, en su caso con el apoyo y participación del equipo multidisciplinario, determinara la mejor opción de tratamiento para el paciente con sobrepeso o con obesidad.</p>

<p>179. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>7.3 De los tratamientos quirúrgicos</p> <p>7.3.1 El tratamiento quirúrgico en pacientes con obesidad de 16 a 18 años y adultos será bajo los siguientes criterios:</p> <p>Justificación.</p> <p>- No se han identificado estudios clínicos aleatorizados que comparen la seguridad y eficacia de la cirugía bariátrica/metabólica con el tratamiento convencional en adolescentes.</p> <p>180. COFEPRIS/CEMAR</p> <p>7.3.1 El tratamiento quirúrgico en pacientes con obesidad de 16 a 19 años de edad y adultos será bajo los siguientes criterios:</p> <p>Justificación: Se propone armonizar el intervalo de edad al grupo etario conforme se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015 y señalar que dicho intervalo corresponde a la edad del paciente.</p> <p>181. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos</p> <p>Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>7.3.1 El tratamiento quirúrgico en pacientes con obesidad de 16 a 18 años y adultos será bajo los siguientes criterios:</p> <p>7.3.1.4—Estará indicado cuando no haya una respuesta favorable al tratamiento integral;</p> <p>Justificación: La obesidad es un problema nacional no solamente en adultos, sino también en niños y jóvenes.</p> <p>El Subcomité Interinstitucional de Evaluación de Guías de Práctica Clínica aprobó la Guía de Práctica Clínica del Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida, que tiene como objetivos: definir las indicaciones de cirugía bariátrica; establecer el abordaje y evaluación inicial transdisciplinario; identificar las principales comorbilidades; determinar los procedimientos quirúrgicos más eficientes y eficaces; identificar los riesgos y complicaciones de la cirugía bariátrica; formular recomendaciones razonadas y sustentadas en la mejor evidencia científica sobre el manejo peri operatorio y postoperatorio de la cirugía bariátrica; determinar las pautas de seguimiento postoperatorio que el equipo transdisciplinario debe realizar en el paciente adolescente y adulto sometido a cirugía bariátrica;</p> <p>182. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado</p> <p>Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>7.3 De los tratamientos quirúrgicos</p> <p>7.3.1 El tratamiento quirúrgico en pacientes con obesidad de 16 a 18 años y adultos será bajo los siguientes criterios:</p> <p>Justificación.</p> <p>- No se han identificado estudios clínicos aleatorizados que comparen la seguridad y eficacia de la cirugía bariátrica/metabólica con el tratamiento convencional en adolescentes.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de cambiar o eliminar el rango de 16 a 18 años de edad, toda vez que en esta etapa las personas se encuentran en proceso de crecimiento, desarrollo, definición y maduración de características físicas, anatómicas y psicológicas, entre otras; por lo que aquellos pacientes, que en este grupo etario presenten problemas de obesidad, requieren de alternativas de tratamiento, entre ellas de manera específica algunas de tipo quirúrgico, por lo que, al ser considerados en su proximidad a la edad adulta, deben ser estudiados bajo los criterios médicos que establece la Norma para los adultos, en cuyo caso, se deberán observar las disposiciones aplicables para la autorización de procedimientos quirúrgicos en el grupo etario de 16 a 18 años de edad.</p> <p>Lo anterior, sin que ello sea limitativo para que el médico y en su caso, el equipo multidisciplinario, establezcan la correlación estadística o con puntos de corte, que sirvan de base para emitir un diagnóstico y proponer alternativas de tratamiento al paciente.</p>
---	--

<p>183. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México</p> <p>7. Del tratamiento medico</p> <p>7.3 Del tratamiento quirúrgico.</p> <p>7.3.1.1 Estará indicado bajo los siguientes criterios: ^{14,15}</p> <p>7.3.1.1.1 IMC \geq 40 Kg/m² ó IMC 35 a 40 Kg/m² con una o más comorbilidades (ejemplo: diabetes tipo 2 hipertensión arterial) y que puedan tener una mejoría a través de la pérdida del exceso de peso corporal.</p> <p>7.3.1.1.3 Tener un buen estado de salud para ser sometido a la cirugía y anestesia.</p> <p>7.3.1.1.4 El paciente está comprometido a mantener un seguimiento a largo plazo posterior a la cirugía.</p> <p>14 Obesity: identification, assessment and management. Clinical Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.</p> <p>15 Fried M, Yumuk V, Oppert JM, et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. Obes Facts 2013;6:449-468.</p> <p>Justificación</p> <p>El proyecto de NOM no especifica que se entienda el tratamiento integral, y la intervención quirúrgica podría contemplarse como parte del mismo. Por lo que se debe especificar que tratamiento y que objetivo clínico es el que no se logra para contemplar la alternativa quirúrgica.</p> <p>184. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>7.3.1.1 Estará indicado cuando no haya una respuesta favorable a la actividad física y ejercicio, y al tratamiento farmacológico;</p> <p>185. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>7.3.1.1 Estará indicado cuando no haya una respuesta favorable a la actividad física y ejercicio, y al tratamiento farmacológico;</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de adicionar un listado de especificaciones sobre el tratamiento quirúrgico, toda vez que en los puntos 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7 y 5.2.8, de la Norma, se detallan los aspectos que deben valorarse para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Asimismo, en el punto 7.3, de la Norma y correlativos, se establecen los criterios generales para el tratamiento quirúrgico. No obstante, es necesario precisar que los criterios específicos de tratamiento, son responsabilidad del médico y en su caso, del equipo multidisciplinario que interviene y participa en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.</p>
<p>186. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México</p> <p>7.3.1.1.2 Cuando no haya una respuesta favorable al tratamiento integral no quirúrgico, es decir, el paciente no logra o no mantiene una pérdida de peso adecuada.</p> <p>187. COFEPRIS/CEMAR Numeral 7.3.1.2...</p> <p>Justificación: Se observa que el punto de corte del IMC = 40 kg/m² es interpretado como obeso tipo III conforme lo establece la Organización Mundial de la Salud¹ para la población adulta. Toda vez que para el grupo etario de 16 a 19 años el punto de corte se da por desviación estándar con base en la edad y en el sexo y en la población adulta el IMC se adecúa de acuerdo con la talla baja; por tal motivo, se recomienda que dicho punto de corte se ajuste en el Proyecto de Norma a dichas situaciones.</p> <p>¹ http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de modificar los puntos de corte para el tratamiento quirúrgico para la obesidad tipo II y tipo III, ya que están claramente descritos en el Apéndice A Informativo, no obstante, para dar mayor precisión a la disposición se modifica la numeración anterior 7.3.1.3, para quedar como sigue:</p> <p>7.3.1.2 Cuando el paciente presente un IMC igual o mayor a 35 kg/m² con comorbilidades asociadas, o</p>

188. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson

7.3.1.2 La cirugía bariátrica está indicada para pacientes con 35 a 39.9 kg/m² de Índice de masa corporal con comorbilidades asociadas: hipertensión arterial sistémica, apnea del sueño, dislipidemia, enfermedad articular y Diabetes Mellitus Tipo 2, o con índice de masa corporal de 40 kg/m² o más.

En pacientes con IMC de 30 a 34.9 kg/m², la cirugía bariátrica puede considerarse como una alternativa de tratamiento bajo criterio médico individualizado por paciente.

Justificación.

- Existe evidencia de soporte para sugerir que no se prescriba el tratamiento quirúrgico a menores de edad. En general, el tratamiento quirúrgico (cirugía bariátrica y/o metabólica) NO se recomienda en niños ni adolescentes. La cirugía bariátrica / metabólica puede ser considerada solo en casos excepcionales y si han alcanzado la madurez fisiológica.

- Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. *Diabetes Care* 2016;39:861-77 | DOI: 10.2337/dc16-

0236.

- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

-NICE. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. London: NICE; 2014. Disponible en: <https://goo.gl/HgzTTB>

189. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado**Academia Mexicana de Cirugía**

7.3.1.2 La cirugía bariátrica está indicada para pacientes con 35 a 39.9 kg/m² de Índice de masa corporal con comorbilidades asociadas: hipertensión arterial sistémica, apnea del sueño, dislipidemia, enfermedad articular y Diabetes Mellitus Tipo 2, o con índice de masa corporal de 40 kg/m² o más.

En pacientes con IMC de 30 a 34.9 kg/m², la cirugía bariátrica puede considerarse como una alternativa de tratamiento bajo criterio médico individualizado por paciente.

Justificación.

- Existe evidencia de soporte para sugerir que no se prescriba el tratamiento quirúrgico a menores de edad. En general, el tratamiento quirúrgico (cirugía bariátrica y/o metabólica) NO se recomienda en niños ni adolescentes. La cirugía bariátrica / metabólica puede ser considerada solo en casos excepcionales y si han alcanzado la madurez fisiológica.

- Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. *Diabetes Care* 2016;39:861-77 | DOI: 10.2337/dc16-

0236.

- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

-NICE. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. London: NICE; 2014. Disponible en: <https://goo.gl/HgzTTB>

<p>190. COFEPRIS/CEMAR Numeral 7.3.1.3 Justificación: Se observa que el punto de corte del IMC = 35 kg/m² es interpretado como obeso tipo II conforme lo establece la Organización Mundial de la Salud¹ para la población adulta. Toda vez que para el grupo etario de 16 a 19 años el punto de corte se da por desviación estándar con base en la edad y en el sexo y en la población adulta el IMC se adecúa de acuerdo con la talla baja; por tal motivo, se recomienda que dicho punto de corte se ajuste en el Proyecto de Norma a dichas situaciones.</p> <p>¹ http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html</p> <p>191. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 7.3.1.3 Cuando el paciente presente un IMC igual o mayor a 35 kg/m² con comorbilidades asociadas;</p> <p>192. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 7.3.1.3 La cirugía metabólica está indicada para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con obesidad grado III (índice de Masa Corporal de 40 kg/m² o más), independientemente del nivel de control glicémico o complejidad del control glicémico, así como pacientes con obesidad grado II (Índice de Masa Corporal 35 a 39.9 kg/m²) con control inadecuado de hiperglicemia. En pacientes con IMC entre 30 y 34.9 kg/m² con descontrol glicémico, la cirugía metabólica puede ser considerada como una alternativa de tratamiento bajo criterio médico individualizado por paciente. Justificación. - De Luca M., Angrisani L., Himpens J., et al. Indicators for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). Obesity surgery 2016; DOI 10.1007/S11695-016- 2271-4. - American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. <i>Diabetes Care</i> 2017;40(Suppl.1):S57–S63 La cirugía bariátrica y la cirugía metabólica, de acuerdo con la experiencia internacional, no es susceptible a realizarse de manera ambulatoria (complicaciones y estancia hospitalaria).</p> <p>193. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 7.3.1.3 La cirugía metabólica está indicada para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con obesidad grado III (índice de Masa Corporal de 40 kg/m² o más), independientemente del nivel de control glicémico o complejidad del control glicémico, así como pacientes con obesidad grado II (Índice de Masa Corporal 35 a 39.9 kg/m²) con control inadecuado de hiperglicemia. En pacientes con IMC entre 30 y 34.9 kg/m² con descontrol glicémico, la cirugía metabólica puede ser considerada como una alternativa de tratamiento bajo criterio médico individualizado por paciente. Justificación. - De Luca M., Angrisani L., Himpens J., et al. Indicators for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). Obesity surgery 2016; DOI 10.1007/S11695-016- 2271-4. - American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. <i>Diabetes Care</i> 2017;40(Suppl.1):S57–S63 La cirugía bariátrica y la cirugía metabólica, de acuerdo con la experiencia internacional, no es susceptible a realizarse de manera ambulatoria (complicaciones y estancia hospitalaria).</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de modificar los puntos de corte para el tratamiento quirúrgico para la obesidad tipo II y tipo III, ya que están claramente descritos en el Apéndice A Informativo, no obstante, para dar mayor precisión a la disposición se modifica la numeración anterior 7.3.1.2, para quedar como sigue:</p> <p>7.3.1.3 Cuando el paciente presente IMC igual o mayor a 40kg/m²;</p>
--	--

194. C. Fernando Oliveros A.**Medtronic México**

7.3.1.4 En el caso de pacientes de 16 a 18 años es necesario que hayan **alcanzado un desarrollo y madurez esquelética (estadio IV a V de Tanner mamario y testicular) y que cuenten con una evaluación preoperatoria, un análisis de riesgo beneficio que incluya la prevención de complicaciones asociadas a la obesidad, así como el asesoramiento de un especialista en relación a trastornos de la alimentación.**^{16,17,18} ~~concluido su desarrollo físico y sexual;~~

Justificación

Al tratarse de una población en desarrollo y siendo una intervención invasiva y que altera el metabolismo se deben especificar las evaluaciones clínicas necesarias para determinar el desarrollo físico y comportamiento metabólico para confirmar el beneficio de la alternativa para el paciente y disminuir los riesgos asociados.

16 Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. México: Secretaría de Salud; 2009.

17 Inge TH, Krebs N, Skelton J, et al. Bariatric Surgery for Severely Overweight Adolescents: Concerns and Recommendations. *Pediatrics* 2004;114(1):211-223.

18 Obesity: identification, assessment and management. Clincial Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.

195. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson

7.3.1.4 En el caso de pacientes de 16 a 18 años es necesario que hayan concluido su desarrollo físico y sexual, **y se debe seguir el criterio médico individualizado del equipo multidisciplinario para cada paciente;**

Justificación

- NOM-026-SSA3-2012: Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

- Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. *Diabetes Care* 2016;39:861-77 | DOI: 10.2337/dc16-0236.

196. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado**Academia Mexicana de Cirugía**

7.3.1.4 En el caso de pacientes de 16 a 18 años es necesario que hayan **alcanzado un desarrollo y madurez esquelética (estadio IV a V de Tanner mamario y testicular) y que cuenten con una evaluación preoperatoria, un análisis de riesgo beneficio que incluya la prevención de complicaciones asociadas a la obesidad, así como el asesoramiento de un especialista en relación a trastornos de la alimentación.**^{4,5,6} ~~concluido su desarrollo físico y sexual;~~

Justificación

- La cirugía bariátrica y la cirugía metabólica, de acuerdo con la experiencia internacional, no es susceptible a realizarse de manera ambulatoria (complicaciones y estancia hospitalaria)

- NOM-026-SSA3-2012: Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

- Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. *Diabetes Care* 2016;39:861-77 | DOI: 10.2337/dc16-0236.

4 Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. México: Secretaría de Salud; 2009.

5 Inge TH, Krebs N, Skelton J, et al. Bariatric Surgery for Severely Overweight Adolescents: Concerns and Recommendations. *Pediatrics* 2004;114(1):211-223.

6 Obesity: identification, assessment and management. Clincial Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014

No se aceptan los comentarios, la disposición descriptiva en el punto 7.3.1.4, de la Norma, es clara, la Norma no pretende hacer un listado exhaustivo de recomendaciones específicas sobre el desarrollo físico de los pacientes de 16 a 18 años. No obstante, es necesario precisar que los criterios específicos de tratamiento quirúrgico, son responsabilidad del médico y en su caso, del equipo multidisciplinario que interviene y participa en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Ello no es limitativo para que los profesionales del área de la salud, observen, consulten y consideren las recomendaciones nacionales e internacionales, respecto de las evaluaciones clínicas necesarias, para determinar el desarrollo físico y comportamiento metabólico de este grupo etario.

<p>197. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>7.3.1.4 En el caso de pacientes de 16 a 18 años es necesario que hayan concluido su desarrollo físico y sexual y que su capacidad de adherencia a suplementación y dieta posquirúrgica hayan sido evaluados.</p> <p>Justificación: El Comité Interinstitucional de Guías de Práctica Clínica elaboró la Guía de Práctica Clínica del Tratamiento Quirúrgico del Adolescente con Obesidad Mórbida, que tiene como objetivos: definir las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento quirúrgico del adolescente con obesidad mórbida; describir la evaluación integral; establecer las recomendaciones fundamentales para el tratamiento quirúrgico, basadas en evidencia científica actualizada y consenso de expertos; especificar las principales comorbilidades; identificar los riesgos y complicaciones del tratamiento; determinar las técnicas quirúrgicas más eficaces y seguras; especificar el tratamiento no quirúrgico que se debe proporcionar al paciente adolescente sometido a cirugía bariátrica;</p>	
<p>198. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán</p> <p>7.3.1.5 En su caso, deberá formar parte de protocolos de investigación <u>aprobados por el Comité de Ética y realizarse en centros de Excelencia</u>, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 3.4 del capítulo de referencias de esta norma,</p> <p>Justificación: A la fecha no se ha reunido la experiencia suficiente en cirugía bariátrica en este grupo etario por lo que sigue siendo conveniente, al igual que la NOM 008 de 2010 que los procedimientos se realicen como parte de protocolos de investigación aprobados por el Comité de Ética Institucional.</p>	<p>No se acepta el comentario, la disposición del punto 7.3.1.5, de la Norma, es clara, en lo que se refiere a los comités y centros en los cuales se desarrolle investigación, que ya están regulados en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, por lo que no es necesario mencionar la aprobación de los comités.</p>
<p>199. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México</p> <p>7.3.1.6 Ser atendidos por equipos multidisciplinarios; El equipo multidisciplinario deberá colaborar en conjunto, enfocado a brindar un manejo integral del paciente para lograr los objetivos clínicos definidos.</p> <p>Justificación</p> <p>La atención de un paciente que requiere tratamiento quirúrgico se debe realizar de manera conjunta pre y post operatorio por parte de todo el equipo multidisciplinario con el fin de alinear las intervenciones médicas no quirúrgicas a lograr los objetivos de la intervención quirúrgica.</p> <p>200. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.</p> <p>7.3.1.6 Ser atendidos por equipos multidisciplinarios, <u>conformados por al menos médico, nutriólogo y psicólogo;</u></p> <p>Justificación: Es importante especificar los profesionales mínimos requeridos para garantizar su presencia en el manejo multidisciplinario.</p> <p>201. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México</p> <p>7.3.1.6 Ser atendidos por equipos multidisciplinarios.</p> <p>Justificación. Puntuación.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, en el punto 7.5.1.2, de la Norma, se caracteriza al equipo multidisciplinario mínimo que interviene en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; ello no es limitativo para que participen otros profesionales de la salud, según las necesidades del paciente, por lo que no es necesario reiterarlo en este punto.</p> <p>Se acepta el comentario, se corrige la ortografía en el punto 7.3.1.6, para quedar como sigue: 7.3.1.6 Ser atendidos por equipos multidisciplinarios.</p>

<p>202. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>Agregar</p> <p>7.3.1.7 Los tratamientos quirúrgicos deberán realizarse únicamente en establecimientos de alto volumen quirúrgico con equipos multidisciplinarios con experiencia en el manejo de la diabetes, obesidad y cirugía gastrointestinal y no deberá realizarse en consultorios o clínicas de cirugía ambulatoria.</p> <p>7.3.1.8 Los tratamientos quirúrgicos previstos en esta norma para cirugía metabólica y bariátrica son: el bypass gástrico en Y de Roux la gastrectomía vertical en manga.</p> <p>Justificación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son los únicos con evidencia de seguridad y eficacia en el largo plazo. - No se recomienda la utilización de la banda gástrica laparoscópica ajustable ya que presenta tasas de revisión/remoción en el largo plazo mayores del 20%. - No se recomienda la derivación biliopancreática clásica o con swith duodenal ya que es el procedimiento más complejo, requiere mayor tiempo operatorio y está asociado con las tasas peri operatorias más altas de mortalidad y morbilidad además de resultar en mayores complicaciones quirúrgicas y mayor incidencia de eventos adversos gastrointestinales en comparación con el bypass gástrico. - El bypass es un procedimiento quirúrgico estandarizado y entre los 4 procedimientos quirúrgicos aceptados para realizar cirugía metabólica, es el que tiene el perfil riesgo beneficio más favorable para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, por lo que debe ser el procedimiento de elección. <p>203. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado</p> <p>Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>7.3.1.7 los tratamientos quirúrgicos previstos en esta norma para cirugía metabólica y bariátrica son: el bypass gástrico en Y de Roux y la gastrectomía vertical en manga</p> <p>Justificación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son los únicos con evidencia de seguridad y eficacia en el largo plazo. - No se recomienda la utilización de la banda gástrica laparoscópica ajustable ya que presenta tasas de revisión/remoción en el largo plazo mayores del 20%. - No se recomienda la derivación biliopancreática clásica o con swith duodenal ya que es el procedimiento más complejo, requiere mayor tiempo operatorio y está asociado con las tasas peri operatorias más altas de mortalidad y morbilidad además de resultar en mayores complicaciones quirúrgicas y mayor incidencia de eventos adversos gastrointestinales en comparación con el bypass gástrico. - El bypass es un procedimiento quirúrgico estandarizado y entre los 4 procedimientos quirúrgicos aceptados para realizar cirugía metabólica, es el que tiene el perfil riesgo beneficio más favorable para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, por lo que debe ser el procedimiento de elección. 	<p>No se aceptan los comentarios, las disposiciones referentes al tratamiento quirúrgico y endoscópico están claramente descritas en los puntos 7.3, 7.4 y 7.5, de la Norma y correlativos, por lo que no es necesario incluir estas especificaciones que corresponden a procedimientos detallados de la cirugía, como son el bypass gástrico, ni en Y de Roux. Asimismo, las técnicas cirugías quirúrgicas establecidas en la Norma, están claramente descritas de manera genérica en el punto 7.5.1.7 de la Norma.</p> <p>Ello no es limitativo para que los profesionales de la salud consideren recomendaciones nacionales o internacionales para apoyar el tratamiento integral de los pacientes que serán sometidos a una cirugía.</p>
---	---

<p>204. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>7.3.2 Estará indicado en los individuos adultos con IMC mayor o igual a 40 kg/m² o mayor o igual a 35 kg/m² asociados a comorbilidad. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente y estar apegado a la Guía de Práctica Clínica del Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida y la Guía de Práctica Clínica del Tratamiento Quirúrgico del paciente adolescente;</p> <p>7.3.3 Además de lo anterior, en el caso de las personas de 16 a 18 años, se podrá realizar tratamiento quirúrgico exclusivamente en aquellas que hayan concluido su desarrollo físico, psicológico y sexual, en establecimientos de atención médica de alta especialidad, como parte de protocolos de investigación, revisados y aprobados por una Comisión de Ética, bajo la atención de equipos multidisciplinarios y sólo si presentan comorbilidades importantes.</p> <p>En el caso de los dos numerales anteriores, la elección del paciente y del tipo de técnica quirúrgica para el tratamiento de la obesidad, deberá estar basada y justificada en la evaluación de un equipo multidisciplinario coordinado por un cirujano general con adiestramiento en cursos de alta especialidad, especialidad médica y/o certificación en cirugía bariátrica</p> <p>7.3.5 En su caso, podrá formar parte de protocolos de investigación, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 3.4 del capítulo de referencias de esta norma, y</p> <p>7.3.6 Ser atendidos por equipos multidisciplinarios;</p> <p>7.3.7 La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica dentro del expediente clínico o electrónico.</p>	<p>No se acepta el comentario, de modificar las disposiciones del punto 7.3, de la Norma y correlativos, toda vez que la Norma no pretende hacer un listado exhaustivo de especificaciones para el tratamiento quirúrgico del paciente con obesidad, toda vez que rebasa el objeto y alcance de la Norma, la finalidad es regular a los profesionales y técnicos de las disciplinas de la salud, así como a los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria que proporcionen servicios para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Ello no es limitativo para consultar y considerar recomendaciones nacionales e internacionales; las Guías de Práctica Clínica están señaladas en el punto 7.5.1.4, de la Norma y su carácter no es de observancia obligatoria sino voluntaria.</p>
<p>205. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México</p> <p>7.4 Del tratamiento endoscópico.</p> <p>7.4.1 El uso de procedimientos endoscópicos, estará indicado en pacientes:</p> <p>7.4.1.1 Con un IMC igual o mayor a 40kg/m², o Como terapia primaria: Cuando el paciente presente un IMC igual o mayor a 35kg/m² o un IMC igual o mayor a 40kg/m² con o sin comorbilidades asociadas</p> <p>7.4.1.2 Como intervención temprana: Cuando el paciente presente un IMC igual o mayor a 30kg/m² o con un IMC igual o mayor a 35kg/m²,</p> <p>7.4.1.3 Como terapia puente previa a la cirugía bariátrica: Cuando el paciente presente un IMC mayor o igual a 50kg/m² y/o con comorbilidades metabólicas asociadas y que tengan como finalidad la pérdida de peso corporal a fin de reducir el riesgo y poderse someter posteriormente a una cirugía bariátrica</p> <p>7.4.1.4 Como terapia para el manejo de enfermedades metabólicas: Cuando el paciente presente un IMC de 30 a 34.9 kg/m² en los que el objetivo primario sea mejorar su condición metabólica, y^{19,20} en pacientes con obesidad:</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de incluir disposiciones específicas en el tratamiento endoscópico, toda vez que la Norma no pretende describir un listado de recomendaciones para cada tipo de tratamiento, en el Apéndice A Informativo puntos de corte de los indicadores antropométricos están claramente descritos los parámetros para cada caso en particular, no obstante, para dar mayor precisión a la disposición se modifica la redacción y la numeración anterior 7.4.1.2, para quedar como sigue:</p> <p>7.4.1.1 Con un IMC de 30 a 34.9kg/m² con comorbilidades asociadas, o</p>

<p>Justificación</p> <p>De acuerdo a la evidencia clínica disponible el uso del tratamiento endoscópico debe ser acotado de acuerdo a la situación específica del paciente y requerimientos médicos para lograr su objetivo. Ya que su indicación y efectividad está acotada es preferible especificar su aplicación en lugar de generalizarlo, en adición, la literatura refiere resultados positivos en pacientes con un IMC menor a 40 kg/m² y en muchos casos es una alternativa complementaria y no única.</p> <p>19 A pathway to endoscopic bariatric therapies 2011, Op cit. 20 Dayyeh B 2015, op cit.</p> <p>206. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>7.4 Del tratamiento endoscópico.</p> <p>7.4.1 El uso de procedimientos endoscópicos, estará indicado en pacientes:</p> <p>7.4.1.1 Con un IMC igual o mayor a 40kg/m², o Como terapia primaria: Cuando el paciente presente un IMC igual o mayor a 35kg/m² o un IMC igual o mayor a 40kg/m² con o sin comorbilidades asociadas</p> <p>7.4.1.2 Como intervención temprana: Cuando el paciente presente un IMC igual o mayor a 30kg/m² o con un IMC igual o mayor a 35kg/m²,</p> <p>7.4.1.3 Como terapia puente previa a la cirugía bariátrica: Cuando el paciente presente un IMC mayor o igual a 50kg/m² y/o con comorbilidades metabólicas asociadas y que tengan como finalidad la pérdida de peso corporal a fin de reducir el riesgo y poderse someter posteriormente a una cirugía bariátrica</p> <p>7.4.1.4 Como terapia para el manejo de enfermedades metabólicas: Cuando el paciente presente un IMC de 30 a 34.9 kg/m² en los que el objetivo primario sea mejorar su condición metabólica, y^{7,8} en pacientes con obesidad:</p> <p>Justificación</p> <p>De acuerdo a la evidencia clínica disponible el uso del tratamiento endoscópico debe ser acotado de acuerdo a la situación específica del paciente y requerimientos médicos para lograr su objetivo. Ya que su indicación y efectividad está acotada es preferible especificar su aplicación en lugar de generalizarlo, en adición, la literatura refiere resultados positivos en pacientes con un IMC menor a 40 kg/m² y en muchos casos es una alternativa complementaria y no única.</p> <p>7 A pathway to endoscopic bariatric therapies 2011, Op cit. 8 Dayyeh B 2015, op cit.</p>	
<p>207. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México</p> <p>7.4.1.25 Con un IMC igual o mayor a 35kg/m² con comorbilidades asociadas y en pacientes con obesidad con alto riesgo que requieran una reducción de peso previa al tratamiento quirúrgico, Que se encuentren en un programa de manejo multidisciplinario y no acepten un tratamiento quirúrgico;</p> <p>208. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>7.4.1.25 Con un IMC igual o mayor a 35kg/m² con comorbilidades asociadas y en pacientes con obesidad con alto riesgo que requieran una reducción de peso previa al tratamiento quirúrgico, Que se encuentren en un programa de manejo multidisciplinario y no acepten un tratamiento quirúrgico;</p> <p>Justificación</p> <p>Es relevante establecer un parámetro de medición específico sobre el desarrollo del paciente y una evaluación clínica para tener certeza que se está seleccionando la alternativa adecuada para lograr los objetivos clínicos deseados.</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se modifica el rango del IMC, para quedar como sigue:</p> <p>7.4.1.2 Con un IMC igual o mayor a 35kg/m²; en pacientes con obesidad con alto riesgo que requieran una reducción de peso que requieran un tratamiento quirúrgico, que se encuentren en un programa de manejo multidisciplinario o en pacientes que no acepten un tratamiento quirúrgico;</p>

<p>209. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 7.4.1.3 Con un IMC mayor a 27 kg/m2 que no han tenido resultados en la pérdida de peso durante un periodo no menor a 6 meses con tratamiento médico y/o farmacológico;</p>	<p>No se acepta el comentario, los puntos de corte para este grupo etario están descritos en el Apéndice A Informativo, asimismo, es necesario precisar que los criterios específicos de tratamiento endoscópico, son responsabilidad del médico y, en su caso, del equipo multidisciplinario que interviene y participa en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, sin que sea necesario limitar a un plazo de 6 meses.</p>
<p>210. C.Fernando Oliveros A. Meditronic México 7.4.1.36 En el caso de pacientes de 16 a 18 años es necesario que hayan alcanzado un desarrollo y madurez esquelética (estadio IV a V de Tanner mamario y testicular) y que cuenten con una evaluación preoperatoria, un análisis de riesgo beneficio que incluya la prevención de complicaciones asociadas a la obesidad, así como el asesoramiento de un especialista en relación a trastornos de la alimentación.^{21,22,23} Justificación Es relevante establecer un parámetro de medición específico sobre el desarrollo del paciente y una evaluación clínica para tener certeza que se está seleccionando la alternativa adecuada para lograr los objetivos clínicos deseados. 21 Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. México: Secretaría de Salud; 2009 22 Inge TH 2004, op. cit. 23 Obesity: identification, assessment and management. Clincial Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, la disposición descrita en el punto 7.4.1.3, de la Norma es clara, no es necesario describir la evaluación clínica específica para este grupo etario, ello no es limitativo para que los profesionales de la salud consideren las recomendaciones y criterios internacionales, nacionales o de las Guías de práctica clínica, para el mejor manejo y tratamiento de los pacientes.</p>
<p>211. Castañeda C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 7.4.1.3 En el caso de pacientes de 16 a 18 años es necesario que hayan concluido su desarrollo físico y sexual, y se debe seguir el criterio médico individualizado del equipo multidisciplinario para cada paciente;</p>	
<p>212. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 7.4.1.4 3 En el caso de pacientes de 16 a 18 años es necesario que hayan concluido su desarrollo físico y sexual,</p>	
<p>213. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 7.4.1.36 En el caso de pacientes de 16 a 18 años es necesario que hayan alcanzado un desarrollo y madurez esquelética (estadio IV a V de Tanner mamario y testicular) y que cuenten con una evaluación preoperatoria, un análisis de riesgo beneficio que incluya la prevención de complicaciones asociadas a la obesidad, así como el asesoramiento de un especialista en relación a trastornos de la alimentación.^{9,10,11} Justificación Es relevante establecer un parámetro de medición específico sobre el desarrollo del paciente y una evaluación clínica para tener certeza que se está seleccionando la alternativa adecuada para lograr los objetivos clínicos deseados. 9 Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. México: Secretaría de Salud; 2009 10 Inge TH 2004, op. cit. 11 Obesity: identification, assessment and management. Clincial Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.</p>	

<p>214. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 7.4.1.4 En su caso, podrá formar parte de protocolos de investigación, <u>aprobados por el Comité de Ética y realizarse en centros de Excelencia</u>, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 3.3, del capítulo de referencias, de esta norma, y Justificación: A la fecha no se ha reunido la experiencia suficiente en estos procedimientos en este grupo etario por lo que sigue siendo conveniente, al igual que la NOM 008 de 2010 que los procedimientos se realicen como parte de protocolos de investigación aprobados por el Comité de Ética Institucional.</p>	<p>No se acepta el comentario, la disposición del punto 7.4.1.4, de la Norma, es clara; lo que se refiere a los comités y centros en los cuales se desarrolle investigación, están regulados en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, por lo que no es necesario precisar únicamente la aprobación de los comités.</p>
<p>215. C. Fernando Oliveros A. Meditronic México 7.4.1.58 Ser atendidos por equipos multidisciplinares; El equipo multidisciplinario deberá colaborar en conjunto, enfocado a brindar un manejo integral del paciente para lograr los objetivos clínicos definidos. Justificación La atención de un paciente que requiere tratamiento endoscópico se debe realizar de manera conjunta pre y post operatorio por parte de todo el equipo multidisciplinario con el fin de alinear las intervenciones médicas no endoscópicas a lograr los objetivos de la intervención endoscópica. 216. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 7.4.1.6 5 Ser atendidos por equipos multidisciplinares;</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de detallar la función del equipo multidisciplinario, toda vez que la Norma establece en el punto 5.2.3, que en el tratamiento integral de los pacientes con sobrepeso y obesidad deben participar varios profesionales de la salud de acuerdo con su ámbito de competencia profesional.</p>
<p>217. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 7.4.1.7 La indicación de tratamiento endoscópico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, médico internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica dentro del expediente clínico o electrónico. Justificación: Todo paciente con obesidad, candidato a cirugía o algún procedimiento endoscópico, no podrá ser intervenido quirúrgicamente sin antes haber sido estudiado en forma completa, con historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica, psicológica, en su caso psiquiátrica y cualquier otra que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente. En el manejo se deben consultar las Guías de Práctica Clínica: Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida y la de Tratamiento Quirúrgico del Adolescente con Obesidad Mórbida. Actualmente COFEPRIS y de acuerdo a las guías internacionales a disminuido los IMC para los procedimientos endoscópicos. Pero consideramos que estos deben de tener los mismos requisitos de evaluación previa por el equipo multidisciplinario. 218. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 7.4.1.58 Ser atendidos por equipos multidisciplinares; El equipo multidisciplinario deberá colaborar en conjunto, enfocado a brindar un manejo integral del paciente para lograr los objetivos clínicos definidos. Justificación La atención de un paciente que requiere tratamiento endoscópico se debe realizar de manera conjunta pre y post operatorio por parte de todo el equipo multidisciplinario con el fin de alinear las intervenciones médicas no endoscópicas a lograr los objetivos de la intervención endoscópica.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de adicionar un punto al tratamiento endoscópico, toda vez que el punto 5.2.3, de la Norma, establece que los profesionales de la salud en sus respectivas áreas de formación profesional, podrán intervenir en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, asimismo, en el punto 5.3, de la Norma, se establece la elaboración de las notas de atención médica, mismas que deberán estar contenidas en el expediente clínico, por lo que no es necesario adicionar un nuevo punto.</p>

<p>219. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>7.5.1.1 Todo candidato a cirugía bariátrica o metabólica, o procedimiento endoscópico, debe ser estudiado en forma completa previamente con historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica, psicológica, en su caso psiquiátrico y cualquier otra que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente;</p> <p>220. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>7.5.1.1 Todo candidato a cirugía bariátrica o metabólica, o procedimiento endoscópico, debe ser estudiado en forma completa previamente con historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica, psicológica, en su caso psiquiátrico y cualquier otra que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente;</p> <p>Justificación: Se diferencia la cirugía bariátrica y la metabólica, ya que tienen una indicación diferente, tal y como se propuso arriba.</p> <p>221. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía</p> <p>7.5.1.1 Todo candidato a cirugía bariátrica o metabólica, o procedimiento endoscópico, debe ser estudiado en forma completa previamente con historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica, psicológica, en su caso psiquiátrico y cualquier otra que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente;</p> <p>Justificación: Se diferencia la cirugía bariátrica y la metabólica, ya que tienen una indicación diferente, tal y como se propuso arriba.</p> <p>222. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>7.5.1.1 Todo candidato a cirugía o procedimiento endoscópico, debe ser estudiado en forma completa previamente con historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica, psicológica, en su caso psiquiátrica y cualquier otra que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente;</p>	<p>No se aceptan los comentarios, la disposición es genérica, la técnica de la cirugía estará determinada previa valoración médica del paciente, de acuerdo con los criterios descritos en los puntos 7.3, 7.4 y 7.5, de la Norma y correlativos. Asimismo, es pertinente señalar que la cirugía metabólica no forma parte del objeto y alcance de la Norma.</p> <p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue:</p> <p>7.5.1.1 Todo candidato a cirugía o procedimiento endoscópico, debe ser estudiado en forma completa previamente con historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración cardiovascular, anestésica, nutricional y psicológica, en su caso psiquiátrica y cualquier otra disciplina que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente;</p>
<p>223. C. Fernando Oliveros A. Meditronic México</p> <p>7.5 Del tratamiento quirúrgico o endoscópico.</p> <p>7.5.1.2 El tratamiento o procedimiento deberá estar basado y justificado en la evaluación de un equipo multidisciplinario; que podrá estar integrado por un cirujano, anestesiólogo, internista, psiquiatra, licenciado en nutrición y psicólogo clínico;</p> <p>Justificación</p> <p>En el apartado de definiciones ya se contempla quienes integran el equipo multidisciplinario.</p>	<p>No se acepta el comentario, en el punto 7.5.1.2, de la Norma, se caracteriza al equipo multidisciplinario mínimo que interviene en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; ello no es limitativo para que participen otros profesionales de la salud, según las necesidades del paciente.</p>

**224. Claudia Norma Freyre Castañeda
Johnson&Johnson**

7.5.1.2 El tratamiento o procedimiento deberá estar basado y justificado en la evaluación de un equipo multidisciplinario; que **debe** estar integrado por un cirujano, anestesiólogo, internista, **psicólogo** o psiquiatra, licenciado en nutrición, que **deberán apegarse a las indicaciones del tratamiento pre-, peri- y post-operatorio contenidas en la Guía de Práctica Clínica: Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida.**

Justificación

- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

**225. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos
Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.**

7.5.1.2 El tratamiento o procedimiento deberá estar basado y justificado en la evaluación de un equipo multidisciplinario; que **debe** estar integrado por un cirujano, anestesiólogo, internista, **psicólogo** o psiquiatra, licenciado en nutrición, que **deberán apegarse a las indicaciones del tratamiento pre-, peri- y post-operatorio contenidas en la Guía de Práctica Clínica: Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida.**

Justificación

- Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en <http://goo.gl/NTr6a2>

**226. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez
Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud**

7.5.1.2 El tratamiento o procedimiento deberá estar basado y justificado en la evaluación de un equipo multidisciplinario; que **deberá** estar integrado por un cirujano, anestesiólogo, **médico** internista, **médico del deporte o fisioterapeuta, enfermera, psiquiatra, nutriólogo y psicólogo clínico con experiencia en cirugía bariátrica.**

Justificación:

Padwal et al. BMC Health Services Research 2013, 13:321 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/321> Wency Chen, M.D.a,b, Chi-Chang Chang, M.D.c, Heng-Chia Chiu, Ph.D Surgery for Obesity and Related Diseases 8 2012,pp214–219

227. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

7.5.1.2 El tratamiento o procedimiento deberá estar basado y justificado en la evaluación de un equipo multidisciplinario; que podrá estar integrado por un cirujano, anestesiólogo, internista o endocrinólogo, psiquiatra, nutriólogo y psicólogo clínico;

Justificación: Debe decir nutriólogo en lugar de licenciado en nutrición para ser consistente con lo asentado en el resto de la Norma. Asimismo, el endocrinólogo es el médico especialista idóneo para el manejo del paciente con obesidad y sus comorbilidades metabólicas.

No se aceptan los comentarios, no es necesario describir a los profesionales de la salud que integran el equipo multidisciplinario, toda vez que en el punto 7.5.1.2 se caracteriza al equipo multidisciplinario mínimo, que interviene en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; ello no es limitativo para que participen otros profesionales de la salud, según el criterio del médico tratante y las necesidades del paciente. Respecto de la inclusión de las Guías de Práctica Clínica, están claramente referenciadas en el punto 7.5.1.4, de la Norma, por lo que no es necesario mencionarlas; además de que estas últimas no son de observancia obligatoria.

<p>228. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 7.5.1.2 El tratamiento o procedimiento deberá estar basado y justificado en la evaluación de un equipo multidisciplinario; que debe estar integrado por un cirujano, anesthesiólogo, internista, psicólogo o psiquiatra, licenciado en nutrición, que deberán apegarse a las indicaciones del tratamiento pre-, peri- y post-operatorio contenidas en la Guía de Práctica Clínica: Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida.</p> <p>Justificación - Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en http://qoo.gl/NTR6a2</p>	
<p>229. C. Fernando Oliveros A. Meditronic México 7.5.1.5 El médico cirujano en conjunto con el equipo multidisciplinario debe informarle al paciente respecto de los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos a realizar, sus ventajas, desventajas y riesgos a corto, mediano y largo plazo así como las características del tratamiento pre y post quirúrgico;</p> <p>Justificación Existen aspectos clínicos que no aborda el cirujano y es relevante que el paciente conozca desde una perspectiva de alimentación, psicológicas, actividad física, metabolismo, entre otros.</p> <p>230. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 7.5.1.5 El médico cirujano debe informarle al paciente respecto de los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos a realizar, sus ventajas, desventajas y riesgos a corto, mediano y largo plazo. Debiendo evaluar e individualizar el procedimiento con relación a las condiciones clínicas del paciente;</p> <p>Justificación: Los procedimientos quirúrgicos indicados para la obesidad tienen diferentes especificaciones dada la diversidad de estos. Deberá individualizarse la indicación de ellos una vez que sea evaluado el paciente por un equipo multidisciplinario y deberá lograrse el entendimiento por parte del paciente del procedimiento, las ventajas y desventajas; así como pronóstico a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>231. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 7.5.1.5 El médico cirujano debe informarle al paciente respecto de los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos a realizar, sus ventajas, desventajas y riesgos a corto, mediano y largo plazo, así como las indicaciones nutricias de corto mediano y largo plazo y la necesidad de un seguimiento a largo plazo por parte del equipo multidisciplinario;</p> <p>Justificación: Dentro de la información que el médico cirujano debe proporcionar al paciente, y asegurarse que la comprende, se incluyen los cuidados que el paciente tendrá que observar en el largo plazo, como una dieta alta en proteínas, suplementos vitamínicos y seguimiento continuo por parte del equipo de salud. Muchos de las complicaciones después de una cirugía bariátrica se deben a que los pacientes desconocían estas indicaciones y no se apegan a estas recomendaciones.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, toda vez que el punto 7.5.1.5, de la Norma, se refiere de manera específica a la obligación que tiene el médico cirujano de informar al paciente los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos que se le vayan a realizar; el resto de los integrantes del equipo multidisciplinario, brindarán al paciente la información que corresponda a su formación y área de responsabilidad profesional.</p> <p>La disposición no pretende describir un listado de recomendaciones específicas para brindar información al paciente sobre aspectos de: alimentación, psicología, actividad física, metabolismo, entre otros, toda vez que en el punto 5.2.3 se especifica la responsabilidad de los profesionales de la salud que intervienen en el tratamiento integral y en el punto 5.2.6 se establecen las alternativas de tratamiento que debe considerar el médico tratante para ponerlas a consideración del paciente.</p>

<p>232. Dr. Raymundo Rosas Munguía Numeral 7.5.1.6 Se eliminó aquí en punto 5.2.6 de la anterior norma (para adicionarlo más adelante como punto 7.5.1.6) y que hablaba sobre la obtención de la carta de consentimiento informado; esto genera confusión, ya que de la forma en que se plasmó en el proyecto se entiende que dicha carta solo deberá obtenerse para el caso en que al paciente se le someta a tratamiento quirúrgico o endoscópico (señalado con el numeral 7.5).</p>	<p>No se acepta el comentario, efectivamente la carta de consentimiento informado debe recabarse para la autorización del paciente, antes de practicarle el o los procedimientos quirúrgicos necesarios de acuerdo al caso, de conformidad con el Artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Asimismo, la disposición referida en el 7.5.1.6, de la Norma, reitera la importancia de recabar la carta de consentimiento informado, apegándose a los criterios señaladas en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p>
<p>233. C. Fernando Oliveros A. Meditronic México 7.5 Del tratamiento quirúrgico o endoscópico. 7.5.1.7 Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad, deben ser de tipo restrictivo, malabsortivo o mixto; deben ofrecer al paciente las mejores alternativas y beneficios para el manejo y control de la obesidad, con el menor riesgo posible en las etapas pre, trans y postquirúrgicas así como considerar el grado de obesidad, las comorbilidades asociadas, su comorbilidad, la mejor evidencia disponible en cuanto a la efectividad y seguridad del procedimiento, las instalaciones y el equipamiento disponible así como la experiencia del cirujano que va a practicar el procedimiento;²⁴ Justificación Se sugiere esta modificación para alinearse con guías internacionales, para garantizar los resultados óptimos de la intervención seleccionada. ²⁴ Obesity: identification, assessment and management. Clinical Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue: 7.5.1.7 Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad, deben ser de tipo restrictivo, malabsortivo o mixto; deben ofrecer al paciente las mejores alternativas y beneficios para el manejo y control de la obesidad, así como las comorbilidades asociadas, con el menor riesgo posible en las etapas pre, trans y postquirúrgicas, en los términos que establecen las normas oficiales mexicanas, citadas en los puntos 2.3 y 2.8, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma;</p>
<p>234. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 7.5.1.7 Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad, deben ser de tipo restrictivo, malabsortivo o mixto; deben ofrecer al paciente las mejores alternativas y beneficios para el manejo y control de la obesidad, con el menor riesgo posible en las etapas pre, trans y postquirúrgicas así como considerar el grado de obesidad, las comorbilidades asociadas, su comorbilidad, la mejor evidencia disponible en cuanto a la efectividad y seguridad del procedimiento, las instalaciones y el equipamiento disponible así como la experiencia del cirujano que va a practicar el procedimiento;¹² Justificación Se sugiere esta modificación para alinearse con guías internacionales, para garantizar los resultados óptimos de la intervención seleccionada. ¹² Obesity: identification, assessment and management. Clinical Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.</p>	<p>No se acepta el comentario, la Norma no toma en cuenta las recomendaciones de las guías internacionales, toda vez que la Norma está alineada con la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, ello no es limitativo para que los profesionales de la salud consulten las Guías Internacionales o las Guías de Práctica Clínica que consideren convenientes para la mejor atención de los pacientes.</p>
<p>235. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 7.5.1.7 Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad, deben ser las señaladas en el numeral 7.3.1.8 de esta Norma de tipo restrictivo, malabsortivo o mixto; deben ofrecer al paciente las mejores alternativas y beneficios para el manejo y control de la obesidad, así como su comorbilidad, con el menor riesgo posible en las etapas pre, trans y postquirúrgicas; Justificación - Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. <i>Diabetes Care</i> 2016;39:861-77 DOI: 10.2337/dc16-0236.</p>	<p>No se acepta el comentario, de adicionar el punto 7.3.1.8 que actualmente no existe, toda vez que propone incluir especificaciones que corresponden a procedimientos detallados de la cirugía como son el bypass gástrico Y de Roux, lo cual no se menciona en el contenido de esta Norma. El punto 7.5.1.7 solo establece de manera genérica las técnicas quirúrgicas aceptadas.</p>

<p>236 Dr. Juan Francisco Arellano Ramos</p> <p>Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>7.5.1.7 Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad, deberán ser realizadas preferentemente por vía laparoscópica, deben ser de tipo restrictivo, mal absortivo o mixto; deben ofrecer al las mejores alternativas y beneficios para el manejo y control de la obesidad, así como su comorbilidad, con el menor riesgo posible en las etapas pre, trans y postquirúrgicas;</p>	<p>No se acepta el comentario, las técnicas quirúrgicas de tipo restrictivo, malabsortivo o mixto, serán realizadas a criterio del médico cirujano, con la participación del equipo multidisciplinario y de acuerdo con las características y necesidades específicas del paciente, no necesariamente por vía laparoscópica y la cual también debe ser considerada en cada caso.</p>
<p>237. C. Fernando Oliveros A.</p> <p>Meditronic México</p> <p>7. Del tratamiento médico</p> <p>7.5.1.8 Los establecimientos para la atención médica en los que se realicen actos quirúrgicos y endoscópicos para el tratamiento integral de la obesidad, deberán cumplir con los estándares de seguridad de los pacientes, la calidad de la atención médica y seguridad hospitalaria en conformidad con la normativa vigente. En adición deberán cumplir con los requisitos de infraestructura y equipamiento establecidos en la Norma Oficial Mexicana (NOM-016-SSA3-2012), en caso de no contar con los requerimientos establecidos en dicha NOM deberán apegarse a la Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA3-2010) y comprobar mediante la suscripción de convenios o documentos probatorios que cuentan con el respaldo de una unidad médica con los requerimientos de infraestructura necesarios para la atención médica especializada en caso de que el paciente lo requiera. Asimismo, todo establecimiento deberá contar con la infraestructura para la realización de cirugía mayor en pacientes de alto riesgo y los insumos deberán cumplir con los requisitos establecidos en las disposiciones aplicables asegurando el origen legal.²⁵</p> <p>Justificación</p> <p>Los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica y/o endoscópica debido a sus condiciones físicas suelen ser pacientes de alto riesgo, por lo que toda unidad que practique dichos procedimientos debe garantizar capacidad de respuesta y pronta atención ante cualquier eventualidad de acuerdo a la normativa vigente. En adición no todas los centros clínicos que realizan los procedimientos se encuentran al interior de un hospital por lo que se debe especificar para cada uno los requerimientos mínimos para operar adecuadamente.</p> <p>²⁵ Estándares para implementar el modelo en hospitals 2015. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consejo de Salubridad General.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, de adicionar los criterios de infraestructura y equipamiento, toda vez que estos están señalados en los puntos 5.7.1.2 y 5.7.2.1.3, de la Norma, por lo que no es necesario incluir este nuevo punto que detalla los criterios señalados en el comentario.</p> <p>Es pertinente señalar que la Norma no pretende constituirse en un manual de procedimientos, criterios o estándares internacionales. La Norma hace más explícitas y específicas las obligaciones impuestas por el artículo 198, fracción V, de la Ley General de Salud, y los artículos 21 y 26 del su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, así como las Normas Oficiales Mexicanas que al respecto emita la Secretaría.</p>

238. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado**Academia Mexicana de Cirugía****7. Del tratamiento médico**

7.5.1.8 Los establecimientos para la atención médica en los que se realicen actos quirúrgicos y endoscópicos para el tratamiento integral de la obesidad, **deberán cumplir con los estándares de seguridad de los pacientes, la calidad de la atención médica y seguridad hospitalaria en conformidad con la normativa vigente. En adición deberán cumplir con los requisitos de infraestructura y equipamiento establecidos en la Norma Oficial Mexicana (NOM-016-SSA3-2012), en caso de no contar con los requerimientos establecidos en dicha NOM deberán apegarse a la Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA3-2010) y comprobar mediante la suscripción de convenios o documentos probatorios que cuentan con el respaldo de una unidad médica con los requerimientos de infraestructura necesarios para la atención médica especializada en caso de que el paciente lo requiera. Asimismo, todo establecimiento deberá contar con la infraestructura para la realización de cirugía mayor en pacientes de alto riesgo y los insumos deberán cumplir con los requisitos establecidos en las disposiciones aplicables asegurando el origen legal.**¹³

Justificación

Los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica y/o endoscópica debido a sus condiciones físicas suelen ser pacientes de alto riesgo, por lo que toda unidad que practique dichos procedimientos debe garantizar capacidad de respuesta y pronta atención ante cualquier eventualidad de acuerdo a la normativa vigente. En adición no todas los centros clínicos que realizan los procedimientos se encuentran al interior de un hospital por lo que se debe especificar para cada uno los requerimientos mínimos para operar adecuadamente.

13 Estándares para implementar el modelo en hospitals 2015. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consejo de Salubridad General.

239. C. Claudia Norma Freyre Castañeda**Johnson&Johnson**

7.5.1.8 Los establecimientos para la atención médica en los que se realicen actos quirúrgicos y endoscópicos para el tratamiento integral de la obesidad, deben contar con todos los insumos necesarios para satisfacer los requerimientos de una cirugía mayor en pacientes de alto riesgo. Dichos insumos deben cumplir **con lo dispuesto en las disposiciones jurídicas que resulten aplicables asegurando el origen legal de los mismos;**

240. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos**Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.****Agregar y recorrer la numeración**

7.5.1.8 Las unidades hospitalarias o grupos médicos públicos o privados que ofrezcan la cirugía bariátrica como una alternativa quirúrgica deberán contar con equipos multidisciplinarios especializados que garanticen la evaluación y seguimiento de acuerdo a esta norma;

7.5.1.9 & Los establecimientos

No se acepta el comentario, la Norma establece los criterios mínimos para el tratamiento médico y quirúrgico de la obesidad; la regulación de los insumos para la salud está claramente descrita en el Reglamento de Insumos para la Salud, por lo que no es necesario hacer alusión a la legalidad de los mismos.

No se acepta el comentario, de adicionar y recorrer la numeración, la Norma establece, define y señala en el punto 3.7 los tipos de establecimiento y en el punto 7.5.1.1, de la Norma, los integrantes del equipo multidisciplinario.

241. C. Fernando Oliveros A.**Meditronic México**

7.5.1.9 El médico tratante debe comprometerse, en coordinación con el equipo multidisciplinario, a hacer el seguimiento del paciente intervenido quirúrgicamente. **El tiempo recomendado para el seguimiento de un paciente sometido a cirugía bariátrica es de al menos dos años y deberá incluir: monitoreo de la ingesta nutricional (incluidas la ingesta de proteínas y vitaminas) así como deficiencias de minerales, monitoreo de las comorbilidades, prescripción de medicamentos, evaluación y soporte dietético y nutricional, indicación y soporte en relación a la actividad física, soporte psicológico individualizado. Una vez que el paciente es dado de alta el seguimiento se llevará a cabo de manera anual dependiendo de las necesidades y respuesta de cada paciente, y frecuencia y características del seguimiento, dependerán de la técnica quirúrgica utilizada y de la respuesta del paciente, y**

Justificación

Las intervenciones quirúrgicas realizan cambios relevantes en el metabolismo del paciente y por este motivo las recomendaciones internacionales es establecer un periodo de seguimiento de al menos dos años y posterior a ello dar seguimiento anual. Esto con el fin de prevenir y detectar tempranamente cualquier alteración que pudiera afectar la salud del paciente.

²⁶ Obesity: identification, assessment and management. Clinical Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.

²⁷ MechanickJI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient - 2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Endocr Pract 2013; 19(2):337-72.

²⁸ Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. Obesity Surgery 2007;17:260 – 70.

242. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado**Academia Mexicana de Cirugía**

7.5.1.9 El médico tratante debe comprometerse, en coordinación con el equipo multidisciplinario, a hacer el seguimiento del paciente intervenido quirúrgicamente. **El tiempo recomendado para el seguimiento de un paciente sometido a cirugía bariátrica es de al menos dos años y deberá incluir: monitoreo de la ingesta nutricional (incluidas la ingesta de proteínas y vitaminas) así como deficiencias de minerales, monitoreo de las comorbilidades, prescripción de medicamentos, evaluación y soporte dietético y nutricional, indicación y soporte en relación a la actividad física, soporte psicológico individualizado. Una vez que el paciente es dado de alta el seguimiento se llevará a cabo de manera anual dependiendo de las necesidades y respuesta de cada paciente, y frecuencia y características del seguimiento, dependerán de la técnica quirúrgica utilizada y de la respuesta del paciente, y**

Justificación

Las intervenciones quirúrgicas realizan cambios relevantes en el metabolismo del paciente y por este motivo las recomendaciones internacionales es establecer un periodo de seguimiento de al menos dos años y posterior a ello dar seguimiento anual. Esto con el fin de prevenir y detectar tempranamente cualquier alteración que pudiera afectar la salud del paciente.

¹⁴ Obesity: identification, assessment and management. Clinical Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.

¹⁵ MechanickJI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient - 2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Endocr Pract 2013; 19(2):337-72.

¹⁶ Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. Obesity Surgery 2007;17:260 – 70.

No se aceptan los comentarios, toda vez que la Norma no tiene como propósito constituirse en un listado sobre recomendaciones efectivas en el seguimiento del paciente.

Cabe señalar que la Norma desarrolla las obligaciones impuestas por la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, asimismo respeta la libertad prescriptiva del médico y los criterios de otros profesionales de la salud, en sus respectivos ámbitos de formación; ello no es limitativo para que los profesionales de la salud consulten y consideren guías o recomendaciones internacionales en la materia.

Por su naturaleza jurídico sanitaria basada en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, no existe fundamento para que la Norma deba estar alineada con guías, criterios y recomendaciones internacionales y nacionales, ya que la Norma no es un documento científico.

<p>243. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson 7.5.1.9 El médico tratante debe comprometerse, en coordinación con el equipo multidisciplinario, a hacer el seguimiento del paciente intervenido quirúrgicamente. El tiempo, frecuencia y características del seguimiento, dependerán de la técnica quirúrgica utilizada y de la respuesta del paciente. Asimismo, deberá tomarse en cuenta las indicaciones postoperatorias contenidas en la Guía de Práctica Clínica: Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida.</p> <p>Justificación - Guía de Práctica Clínica – Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Número de registro: IMSS-051-08. Disponible en http://goo.gl/NTr6a2</p> <p>244. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. 7.5.1.9 El médico tratante debe comprometerse, en coordinación con el equipo multidisciplinario, a hacer el seguimiento del paciente intervenido quirúrgicamente. El tiempo, frecuencia y características del seguimiento, dependerán de la técnica quirúrgica utilizada y de la respuesta del paciente, con seguimiento post operatorio de por lo menos un año.</p> <p>245. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud 7.5.1.9 El médico tratante debe comprometerse, en coordinación con el equipo multidisciplinario, a hacer el seguimiento del paciente intervenido quirúrgicamente. El tiempo, frecuencia y seguimiento deberá ser a largo plazo (mínimo 2 años) el cual dependerá de la técnica quirúrgica utilizada y de la respuesta del paciente, y</p> <p>Justificación: O’Kane M, Parretti HM, Hughes CA, Sharma M, Woodcock S, Pumplamp T, Blakemore A19, Clare K, MacMillan I, Joyce J, Sethi S, Barth JH. Guidelines for the followup of patients undergoing bariatric surgery. Clin Obes. 2016 Jun;6(3):210-24. doi:10.1111/cob.12145.</p>	<p>No se acepta el comentario, de incluir al final del texto lo relacionado con las Guías de Práctica Clínica, toda vez que están claramente señaladas en el punto 7.5.1.4 de esta Norma.</p> <p>No se aceptan los comentarios, de establecer un tiempo determinado para el seguimiento postoperatorio del paciente, ya que como bien señala el punto 7.5.1.9, ello dependerá de la técnica quirúrgica y de la respuesta de cada paciente, por lo que no es pertinente fijar plazos mínimos o máximos, ya que ello lo determinará el médico tratante, en su caso, con la participación del equipo multidisciplinario.</p>
<p>246. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. Agregar 7.5.1.11 El médico tratante deberá informar y orientar al paciente sobre los beneficios que representa para la salud, el llevar una alimentación correcta, de conformidad con lo establecido en la NOM-043-SSA2-2012, referida en el numeral 4 de esa norma. Asimismo, deberá hacer énfasis sobre los riesgos que representan para la salud el sobrepeso y la obesidad y</p>	<p>No se acepta el comentario, la disposición de observar los criterios normativos de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación; toda vez que la orientación sobre la alimentación correcta, está señalada en el punto 7.1.2, de la Norma, como parte del tratamiento médico.</p>
<p>247. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C. Recorrer la numeración 7.5.1.12 40 Las disposiciones anteriores no son limitativas para la intervención de otros especialistas, cuando la evaluación del caso de un paciente en particular lo requiera.</p>	<p>No se acepta el comentario, de recorrer la numeración, toda vez que no se consideró pertinente la adición del punto 7.5.1.11, en la Norma.</p>

<p>248. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud 7.6.4 Aplicar programas para evitar el riesgo de caídas de pacientes durante todo el proceso de atención para evitar el riesgo de caídas de pacientes durante todo el proceso de atención. Justificación: Manual sobre estándares para certificación de hospitales. Por el Consejo de Salubridad General. 3ª.</p>	<p>No se acepta el comentario, el punto 7.6.4 es específico para la reducción de daños a causa de caídas, a través de medidas de prevención, aplicando la escala de valores de riesgos para caídas, en el marco de la seguridad del paciente. Las acciones específicas pueden estar incluidas en un programa o en un manual de procedimientos de la institución, del establecimiento o del servicio de que se trate.</p>
<p>249. C. Fernando Oliveros A. Meditronic México 7.6 De la seguridad del paciente 7.6.5 Informe de los eventos adversos asociados a la cirugía o al procedimiento endoscópico. Se deberán realizar los reportes pertinentes de farmacovigilancia y tecnovigilancia de acuerdo a las Normas vigentes. Justificación El proyecto de NOM no contempla el reporte de adversos eventos de los insumos empleados en las intervenciones y es relevante diferenciar aquellos del procedimiento a aquellos generados por los insumos y que se realice el reporte pertinente como se establece en la Normatividad vigente.</p> <p>250. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México 7.6.5 Informe de los eventos adversos asociados a medicamentos, la cirugía o al procedimiento endoscópico. Justificación: Se incluye el tratamiento farmacológico, puesto que está considerado en este Proyecto de NOM.</p> <p>251. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado Academia Mexicana de Cirugía 7.6 De la seguridad del paciente 7.6.5 Informe de los eventos adversos asociados a la cirugía o al procedimiento endoscópico. Se deberán realizar los reportes pertinentes de farmacovigilancia y tecnovigilancia de acuerdo a las Normas vigentes. Justificación El proyecto de NOM no contempla el reporte de adversos eventos de los insumos empleados en las intervenciones y es relevante diferenciar aquellos del procedimiento a aquellos generados por los insumos y que se realice el reporte pertinente como se establece en la Normatividad vigente.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, el informe de eventos adversos, a que se refiere el punto 7.6.5, de la Norma, corresponde exclusivamente a aquellos eventos adversos asociados al procedimiento quirúrgico o endoscópico.</p>
<p>252. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud 7.6.5 Crear un programa de registro y análisis de eventos adversos durante todo el proceso de atención al paciente Justificación: Manual sobre estándares para certificación de hospitales. Por el Consejo de Salubridad General. 3ª.</p>	<p>No se aceptan los comentarios, el informe de eventos adversos, a que se refiere el punto 7.6.5, de la Norma, corresponde exclusivamente a aquellos eventos adversos asociados al procedimiento quirúrgico o endoscópico. Ello no es limitativo de que la institución o establecimiento de que se trate, elabore un programa de registro y análisis de eventos adversos, para fines distintos al objeto y alcance de la Norma.</p>
<p>253. Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad A.C. En el índice 8 en relación a, Del tratamiento nutricional, sería pertinente que ya se integre terminología internacional como atención nutricia o cuidado nutricional, intervención nutricia en lugar de tratamiento nutricional, monitoreo y evaluación, estrategias de modificación del comportamiento alimentario, protocolo de atención nutricia, entre otros términos, para que se contribuya a estandarizarlos desde esta norma.</p>	<p>No se acepta el comentario, el Capítulo 8, de la Norma señala con claridad que se refiere al tratamiento nutricional y no deja lugar a duda o confusión sobre su contenido y propósito; la Norma no tiene como propósito estandarizar términos internacionales; no obstante, ello no es limitativo, de que los profesionales de la salud utilicen la terminología que consideren conveniente.</p>

<p>254. Dra. Vesta L. Richardson López Collada Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 8. El nutriólogo debe: Agregar no existe numeral Debe decir 8.1.1 Realizar una historia clínica nutricia en la consulta de primera vez y notas de seguimiento en las consultas subsecuentes, para lo que se deberá considerar lo siguiente: 8.1.1.1 Identificar al paciente correctamente con nombre completo, fecha de nacimiento, edad y género; 8.1.1.2 Incluir los datos antropométricos bioquímicos, clínicos, dietéticos y de estilo de vida necesarios para establecer el diagnóstico del estado nutricional del paciente.</p>	<p>No se acepta el comentario, de incluir nuevas actividades para el nutriólogo, toda vez que la Norma establece los criterios generales sobre atención y cuidado nutricional de los pacientes con sobrepeso y obesidad; la Norma no pretende constituirse en un listado exhaustivo de las funciones que debe desarrollar el nutriólogo; toda vez que se realizan de manera distinta en los sectores público, social o privado, por lo que ello debe ser materia de una guía o manual de procedimientos de cada institución o establecimiento de que se trate.</p>
<p>255. Dra. Vesta L. Richardson López Collada Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 8.1.2 Debe decir Realizar el diagnóstico del estado nutricional del paciente y redactarlo de acuerdo con el sistema PES (problema nutricional, etiología y signos y síntomas, considerando: Agregar no existe numeral 8.1.2.1 Problema nutricional-descripción de alteraciones del estado nutricional que presenta el paciente Etiología-identificación las causas probables o factores de riesgo que contribuyen al problema nutricional detectado Signos y síntomas –especificar los datos antropométricos, bioquímicos, clínicos y/o dietéticos que sirvan para evidenciar el diagnóstico. 8.1.2.2 Información subjetiva que incluye el motivo de la consulta, signos y síntomas y estilos de vida, entre otros aspectos. 8.1.2.3 Información objetiva que incluye medidas antropométricas y los cálculos e índices derivados de éstas y de acuerdo con el grupo etario, datos bioquímicos o de laboratorio disponibles y relevantes para el caso, información clínica como antecedentes patológicos hereditarios, personales, diagnóstico médico previo, e información dietética (recordatorio del 24 horas, dieta habitual, características del consumo de alimentos y bebidas, así como el análisis y comparación con las recomendaciones específicas para el paciente. 8.1.3.1 Calcular el aporte calórico total del plan de alimentación para cada paciente con el fin de lograr una reducción del peso de 5-10% del peso corporal inicial durante los primeros 3 a 6 meses de tratamiento. Procurando una pérdida semanal de 0.5Kg a 1 kg. Se recomienda restricción energética de 500 a 1000 kcal/día de las necesidades energéticas estimadas;</p>	<p>No se acepta el comentario, de incluir nuevas actividades para el nutriólogo, toda vez que la Norma establece los criterios generales sobre atención y cuidado nutricional de los pacientes con sobrepeso y obesidad; la Norma no pretende constituirse en un listado exhaustivo de las funciones que debe desarrollar el nutriólogo; toda vez que se realizan de manera distinta en los sectores público, social o privado, por lo que ello debe ser materia de una guía o manual de procedimientos de cada institución o establecimiento de que se trate.</p>

<p>8.1.3.2 Considerar para el plan de alimentación la distribución de nutrimentos será 55-60% de hidratos de carbono (no más de 5% de azúcares simples), 20-25% de grasas (6% de grasas saturadas, <1% grasa trans), 10-15% de proteína (personas con daño renal 0.8g/kg/día), <200mg de colesterol, 4,700 mg de potasio, 900-1200 MG DE CALCIO, 300-500 mg de magnesio y 14 gr de fibra por cada 1000 kcal, al día.</p> <p>8.1.3.3 Tomar en cuenta si el paciente presenta alguna comorbilidad asociada a sobrepeso u obesidad como diabetes mellitus, hipertensión arterial o dislipidemia) y aplicar las normas y lineamientos correspondientes vigentes para la intervención nutricia.</p> <p>8.1.3.4 Deberá reforzar la información implementando actividades de educación que faciliten la adherencia al tratamiento.</p> <p>8.1.3.5 De acuerdo al diagnóstico o pronóstico del paciente, establecerá metas de tratamiento de acuerdo al caso.</p> <p>8.1.4 En las consultas subsecuentes:</p> <p>8.1.4.1 Realizará el monitoreo del progreso, el seguimiento y la evaluación de acuerdo con las metas establecidas en cada consulta.</p> <p>8.1.4.2 abordará temas como: causas y riesgos de la obesidad y síndrome metabólico, características de dieta soluble, lectura de etiquetas, beneficios de la fibra, grupos de alimentos, tipos y fuentes, despensa saludable, entre otros.</p> <p>8.1.4.3 Diseñar un plan de alimentación y ejercicio para el mantenimiento del peso corporal logrado una vez que el peso corporal logrado una vez que el paciente haya alcanzado el peso esperado.</p>	
<p>256. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>8.1.2 Indicar el plan de nutrición que incluye: plan de alimentación individualizado, orientación alimentaria, y cambios en los hábitos alimentarios;</p>	<p>Se acepta el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue:</p> <p>8.1.1 Indicar el plan de nutrición que incluye: plan de alimentación individualizado, orientación alimentaria, recomendaciones para la actividad física y cambios en los hábitos alimentarios;</p>
<p>257. Dra. Vesta L. Richardson López Collada 8.1.3 Debe decir Diseñar la intervención nutricia que incluye el plan de alimentación individualizado, orientación alimentaria y recomendaciones relacionadas con los hábitos alimenticios, de acuerdo con el diagnóstico del estado nutricional del paciente.</p>	<p>No se acepta el comentario, el punto 8.1.3, de la Norma, señala lo mínimo indispensable que debe realizar el nutriólogo para el tratamiento del paciente con sobrepeso y obesidad; ello no es limitativo para que el profesional pueda indicar otro tipo de actividades orientadas a la prevención y la educación para la salud.</p>
<p>258. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>10. Contraindicaciones para la atención integral del sobrepeso y la obesidad</p> <p>259. Dr. Raymundo Rosas Munguía El punto 10 se refiere ahora como “MEDIDAS CONTRAINDICADAS PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO U OBESIDAD”, lo que en la norma anterior se trataba en el punto 11 como “medidas restrictivas”, y cuya redacción decía claramente “<i>queda prohibido</i>”. Independientemente de que se esté de acuerdo o no en cuanto a que era lo que se prohibía y qué no, la redacción en el actual proyecto es un tanto cuanto ambigua. Para nuestra idiosincrasia nacional que se presta a muy diversas interpretaciones, prefiero las palabras claras como “<i>queda prohibido</i>”.</p> <p>La mayoría de estos puntos, ¡fueron copiados íntegramente de la norma anterior, sin que esto se constituya en algo verdaderamente favorable, aunque hay algunas cosas positivas!:</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la denominación del Capítulo 10, para dar congruencia con la denominación de la Norma, para quedar como sigue:</p> <p>10. Contraindicaciones en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad</p> <p>No se acepta el comentario, de modificar la denominación del Capítulo 10, toda vez que para dar congruencia con la denominación de la Norma, se expresa en los siguientes términos:</p> <p>10. Contraindicaciones en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad</p>

<p>260. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</p> <p>10.1 Se entienden contraindicaciones para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad las medidas que se enfoquen únicamente a la pérdida de peso las siguientes:</p> <p>261. Dr. Raymundo Rosas Munguía En el punto 10.1.1 nuevamente queda implícita la inequívoca idea de que sólo el médico es quien puede prescribir fármacos, pero prefiero la redacción anterior que a letra decía: "El médico será el único profesional de la salud que prescriba medicamentos en los casos que así se requiera, en términos de lo previsto en esta norma".</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción del punto 10.1, para quedar como sigue:</p> <p>10.1 Se entienden como contraindicaciones para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad las siguientes:</p> <p>Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción para quedar como sigue:</p> <p>10.1.1 Prescribir tratamiento por personal técnico o por cualquier otro profesional del área de la salud no facultado para ello, conforme a las disposiciones aplicables;</p>
<p>262. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.</p> <p>10.1.2 Indicar tratamientos o productos que provoquen pérdida de peso acelerado y que pongan en peligro la salud o la vida del paciente;</p> <p>Justificación: Eliminar "más de un kilogramo por semana". La evidencia científica reciente y las guías internacionales de práctica clínica indican la conveniencia de pérdidas de peso mayores debido a que éstas son factor predictor de éxito en el tratamiento. A justificación para omitir "un kilogramo a la semana" es porque eso no necesariamente implica pérdida acelerada en pacientes con obesidad mórbida (o incluso de menor grado). Por otra parte, el porcentaje de peso que se requiere perder para prevenir/corregir comorbilidades fluctúa de 5 a casi 20% y el tiempo en el que éste se pierde es central para la mejoría.</p> <p>Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity</p> <p>in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. J Am Coll Cardiol. 2014 Jul 1;63(25 Pt B):2985-3023.</p> <p>Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, et al; Reviewers of the AACE/ACE Obesity</p> <p>Clinical Practice Guidelines.AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS</p> <p>AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY COMPREHENSIVE CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH OBESITY EXECUTIVE SUMMARY. Complete Guidelines available at https://www.aace.com/publications/guidelines. Endocr Pract. 2016 Jul;22(7):842-84.</p> <p>American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2016. Diabetes Care 2016; 39 (supl 1). Capítulo 6 (Obesidad).</p> <p>American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2016 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes. 2016 Jan;34(1):3-21.</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, se fusionan, se precisan, se modifica la redacción de diversos puntos y se reestructura el Capítulo 10; de manera particular el punto 10.1.2, se fusiona con el 10.1.3, del proyecto publicado y se modifica el criterio para la prescripción de fármacos y otros productos, para quedar como sigue:</p> <p>10.1.2 Prescribir tratamientos a base de fármacos, productos o procedimientos que no cuenten con evidencia científica eficacia terapéutica, seguridad y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica para su uso o aplicación y signifiquen un riesgo o daño para la salud o la vida del paciente con sobrepeso u obesidad, conforme a las disposiciones aplicables;</p>
<p>263. C. Fernando Oliveros A. Medtronic México</p> <p>10. Medidas contraindicadas para la atención integral del sobrepeso y la obesidad</p> <p>10.1.2 El tratamiento farmacológico deberá ser considerado únicamente después de haber comenzado y haber sido evaluados el tratamiento nutricional, la actividad física y los cambios conductuales y en los casos en el que el paciente no haya alcanzado su meta de pérdida de peso corporal.²⁹ (Adición)</p> <p>10.1.3 Indicar tratamientos o productos que provoquen pérdida de peso acelerado (más de un kilogramo por semana) y que pongan en peligro la salud o la vida del paciente;</p> <p>²⁹ Obesity: identification, assessment and management. Clincial Guideline. NICE National Institute for Health and care Excellence. November 2014.</p>	<p>No se acepta el comentario, toda vez que en el punto 7.2, de la Norma y correlativos, se especifican las disposiciones específicas para el tratamiento farmacológico.</p>

264. Dr. Raymundo Rosas Munguía

En el punto **10.1.6**, además de otros elementos que en lo personal no me interesan cuando no hay una indicación médica de calidad (diuréticos, vacunas, extractos tiroideos, inyecciones de enzimas, aminoácidos lipolíticos y otros compuestos similares), se sigue contraindicando el uso de hormonas tiroideas ^(58 a 82) y anorexígenos (se puede aportar por separado bibliografía de cada fármaco), **¡contraviniendo una vez más lo estipulado en el punto 7.2.2 del propio proyecto de norma (lo que resulta incongruente), repitiendo exactamente el mismo error de la norma anterior; incluso, con la misma redacción (norma 2010, punto 11.1.5) ¡asumiendo que no hay evidencia científica (cuando sí existe) sobre el uso de este tipo de fármacos, lo que me parece sumamente grave!**

Todo esto también impacta negativamente en los derechos de los pacientes a recibir una atención adecuada de su enfermedad (83).

Vuelvo a preguntar: ¿en dónde queda la “libertad prescriptiva” del médico si se le está privando de utilizar sus principales “herramientas” como son los fármacos!?

58. Jameson JL, Weetman AP. Trastornos de la glándula tiroidea. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al. Principios de Medicina Interna de Harrison. 16ª edición. México: Ed. McGraw-Hill; 2006. p. 2314-2340.

82. Bray GA, Raben MS, Londono J, et al. Effects of Triiodothyronine, Growth Hormone and Anabolic Steroids on Nitrogen Excretion and Oxygen Consumption of Obese Patients. J Clin Endocr. 1971;33:293-300.

**265. Mtra. en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez
Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud**

10.1.6 Usar diuréticos, hormonas tiroideas, anorexígenos, vacunas, extractos tiroideos, inyecciones de enzimas, aminoácidos lipolíticos y otros productos similares, para la **pérdida de peso.**

Se acepta el comentario, de eliminar el punto 10.1.6 para evitar contradicciones en el manejo integral del sobrepeso y la obesidad.

No obstante, con la finalidad de dar certeza jurídica a los profesionales de la salud y a los pacientes, se fusionan, se precisan, se modifica la redacción de diversos puntos y se reestructura el Capítulo 10, para quedar como sigue:

10. Contraindicaciones en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad

10.1 Se entienden como contraindicaciones para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad las siguientes:

10.1.1 Prescribir tratamiento por personal técnico o por cualquier otro profesional del área de la salud no facultado para ello, conforme a las disposiciones aplicables;

10.1.2 Prescribir tratamientos a base de fármacos, productos o procedimientos que no cuenten con evidencia científica eficacia terapéutica, seguridad y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica para su uso o aplicación y signifiquen un riesgo o daño para la salud o la vida del paciente con sobrepeso u obesidad, conforme a las disposiciones aplicables;

10.1.3 Prescribir fármacos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente, que pongan en riesgo la salud o la vida del paciente, por la prescripción de fármacos adulterados, alterados o falsificados, en términos de las disposiciones aplicables;

10.1.4 Indicar en pacientes menores de 18 años, el uso generalizado de hormonas como única alternativa de tratamiento del sobrepeso y la obesidad;

10.1.5 Utilizar técnicas no convencionales para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, que no cuenten con evidencia científica y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica;

10.1.6 Indicar como opción de tratamiento el uso de aparatos de ejercicio electrónicos o mecánicos, aparatos térmicos, de masaje, vendas de yeso, baños sauna, así como otros procedimientos y equipos en apoyo al tratamiento médico, que no hayan demostrado su eficacia terapéutica y que además representen un riesgo para la salud;

10.1.7 Realizar bajo criterio del médico únicamente el tratamiento quirúrgico, sin la participación y evaluación de un equipo multidisciplinario en los términos que señala el punto 7.5.1.1, de esta Norma, para evitar comprometer la vida del paciente, y

10.1.8 Usar la liposucción y la lipoescultura como tratamientos para el sobrepeso y la obesidad.

Se acepta el comentario, de eliminar el punto 10.1.6 para evitar contradicciones en el manejo integral del sobrepeso y la obesidad.

266. Dra. Georgina E. Poblano Poblano

Sugiere eliminar el punto 10.1.6 ya que es contradictorio que se encuentren autorizado para el tratamiento de obesidad y posteriormente contraindicado, ya que existe evidencia de la seguridad, eficacia y efectos adversos mínimos en el tratamiento farmacológico de la obesidad.

Justificación: dependiendo del IMC se sugiere iniciar el tratamiento del paciente con dieta y ejercicio durante 3 meses en caso de no ver resultados se sugiere el uso de tratamiento farmacológico como coadyuvante de la dieta y ejercicio para lograr los objetivos.

Las indicaciones terapéuticas de un medicamento (anorexígeno entre otros) han sido previamente revisadas y aprobadas por la autoridad sanitaria y aparecen en el registro del medicamento, después de una evaluación de riesgo beneficio.

Los numerales 5.2.9 y 7.2.2 de este Proyecto de Norma establecen de igual manera que los medicamentos empleados en el tratamiento de obesidad deben cumplir con lo dispuesto en las disposiciones jurídicas aplicables.

Dichos numerales contravienen a este numeral.

De conformidad con los artículos, 204, 222 y 376 de la Ley General de Salud, la COFEPRIS a través de la Secretaría de Salud deben expedir los registros sanitarios para los medicamentos cuando se demuestre que las sustancias que contengan reúnan las características de seguridad y eficacia.

Artículo 204.- Los medicamentos y otros insumos para la salud, los estupefacientes, sustancias psicotrópicas y productos que los contengan, así como los plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas, para su venta o suministro **deberán contar con autorización sanitaria, en los términos de esta ley y demás disposiciones aplicables.**

...

Artículo 222.- La Secretaría de Salud solo concederá la autorización correspondiente a los medicamentos, cuando se demuestre que las sustancias que contengan y reúnan las características de seguridad y eficacia exigidas, y tomará en cuenta, en su caso, lo dispuesto por el artículo 428 de esta Ley.

Artículo 376.- Requieren registro sanitario los medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y productos que los contengan; equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, estos últimos en los términos de la fracción VI del artículo 262 de esta Ley, así como los plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas.

El registro sólo podrá ser otorgado por la Secretaría de Salud, éste tendrá una vigencia de 5 años, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 378 de esta Ley, dicho registro podrá prorrogarse por plazos iguales, a solicitud del interesado, en los términos que establezcan las disposiciones reglamentarias. Si el interesado no solicitara la prórroga dentro del plazo establecido para ello o bien, cambiara o modificara el producto o fabricante de materia prima, sin previa autorización de la autoridad sanitaria; ésta procederá a cancelar o revocar el registro correspondiente.

Para los efectos a que se refieren los párrafos anteriores, el Ejecutivo a través de la Secretaría, mediante disposiciones de carácter general, establecerá los requisitos, pruebas y demás requerimientos que deberán cumplir los medicamentos, insumos para la salud y demás productos y sustancias que se mencionan en dichos párrafos.

Se acepta el comentario, de eliminar el punto 10.1.6 para evitar contradicciones en el manejo integral del sobrepeso y la obesidad.

Registro Sanitario de Medicamentos. Su naturaleza, alcance y finalidad.

De los artículos 194, 368 y 376 de la Ley General de Salud, así como 1 y 3 del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, deriva que compete a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, ejercer el control sanitario nacional, el cual comprende múltiples acciones para verificar las actividades relacionadas con la salud humana conforme al marco jurídico vigente, ya sea mediante verificaciones, supervisiones, monitoreo, muestreos, la imposición de sanciones o medidas de seguridad, así como el otorgamiento de las autorizaciones sanitarias para permitir a una persona pública o privada llevar a cabo actividades relacionadas con la salud humana, las cuales pueden tener el carácter de licencias, permisos, registros o tarjetas de control sanitario.

Así, los registros sanitarios son autorizaciones especiales para ciertos productos que por su uso y naturaleza pueden incidir en un riesgo sanitario para la población, como los medicamentos y fármacos. **De ahí que el registro sanitario de medicamento constituya el acto administrativo a través del cual la autoridad sanitaria avala que un medicamento o fármaco es eficaz, seguro y de calidad**, lo que no implica la autorización para comercializarlos libremente, ya que su comercio o distribución tiene que sujetarse a las diversas disposiciones de regulación de comercio de medicamentos, en tanto que la COFEPRIS sólo verifica cuestiones estrictamente sanitarias, **por lo que el referido registro únicamente avala la seguridad, calidad y eficacia del medicamento o fármaco.**

Se ha visto que el uso de fármacos ayuda a reducción de peso previa a la cirugía, lo cual reduce riesgos y tiempo quirúrgico. (Referencia: R. Gupta, J. Parvizi, A. Hanssen, et al. Postoperative complications in patients with obstructive sleep apnea syndrome undergoing hip or knee replacement: a case-control study. Mayo Clinic Proceedings. 2001; 76(9):897-905//Effect of weight loss on upper airway collapsibility in obstructive sleep apnea. A. Schwartz, A. Gold, N Schubert, et al. Am Rev Resp Dis. 1991; 144.:494-498)

267. C. Gabriel Adolfo Pacheco Zuñiga

I.L.S.O. Instituto Latinoamericano de Sobrepeso y Obesidad, A.C.

Numerales 10.6 y 10.9

PRIMERO: ...

SEGUNDO: ...

TERCERO: Eliminar los numerales 10.1.6 y 10.1.9 del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017.

268. C. Hugo Alberto Carrera Mendoza

Políticas Integrales para la Industria, S.C.

Numerales 10.1.6 y 10.1.9 Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobre peso y la obesidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 2017.

Se aceptan los comentarios, de eliminar el punto 10.1.6 para evitar contradicciones en el manejo integral del sobrepeso y la obesidad.

Con relación al 10.1.9 se precisa y modifica la redacción de conformidad con el Artículo 464 de la Ley General de Salud, asimismo, se modifica la numeración debido a la reestructuración del Capítulo 10, para quedar como sigue:

10.1.3 Prescribir fármacos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente, que pongan en riesgo la salud o la vida del paciente, por la prescripción de fármacos adulterados, alterados o falsificados, en términos de las disposiciones aplicables;

<p>Dichos numerales establecen prohibición expresa de uso de cierto tipo de medicamentos.</p> <p>En concreto, dichos argumentos en 1.- no se puede acortar la libertad de trabajo y, por consecuencia la libertad de prescripción consagrada en el artículo 5 de la Constitución (señalado en tesis aisladas emitidas por el Poder Judicial Federal), 2.- Reglamento de Insumos para la Salud es el ordenamiento que establece las normas de prescripción y nunca establece las prohibición de ciertos tipo de medicamentos, 3.- Si la COFEPRIS ya expidió los registros sanitarios para los medicamentos prohibidos por el Proyecto de Norma es porque la autoridad facultada considera que son seguros y eficaces, por lo tanto, prohibir medicamentos en normas inferiores tare como consecuencia una contravención a ordenamientos legales y reglamentarios, 4.- El mismo Proyecto de Norma establece que se podrán prescribir cualquier tipo de medicamento que tenga registro sanitario vigente, por lo que al prohibir el uso de anorexigénicos se entra en una evidente contradicción y 5.- Otra Norma Oficial Mexicana que fue emitida para el tratamiento de sobrepeso y obesidad y que se encuentra vigente, permite el uso de los medicamentos que se están prohibiendo en el nuevo proyecto de Norma.</p> <p>Por lo anterior, es dable concluir que los numerales 10.1.6 y 10.1.9 antes mencionados del Proyecto de Norma Oficial Mexicana que hoy se comenta, resultan evidentemente contradictorios a lo señalado por nuestros altos tribunales y lo procedente es la especie y para efectos de lograr congruencia en todos los ordenamientos que resultan aplicables al caso para evitar inconstitucionalidad e ilegalidad del Proyecto de NOM, es la eliminación total de dicho numerales.</p>	
<p>269. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>En el punto 10.1.8 se reitera la contraindicación (ver punto anterior) del uso de hormonas (concepto usado aquí de manera general) en ausencia de patología asociada ("previa valoración del riesgo-beneficio"), ¡sin que se especifique cuáles hormonas!</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción y se corrige la numeración, para quedar como sigue:</p> <p>10.1.4 Indicar en pacientes menores de 18 años, el uso generalizado de hormonas como única alternativa de tratamiento del sobrepeso y la obesidad;</p>
<p>270. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>El punto 10.1.9 es una absurda copia casi exacta del 11.1.8 de la norma anterior, en el que se contraindica el uso de fármacos en menores de 19 años de edad (antes 18), ¡y sujeta su uso únicamente a protocolos de investigación registrados! ¿¡Y en el quehacer clínico del día a día qué!? ¿a un niño o adolescente con un problema severo de obesidad (que muy probablemente va a ser de muy difícil respuesta vía solo dieta y ejercicio) ¡se le va a dejar expuesto a los riesgos cardiovasculares de la enfermedad para ver hasta dónde su cuerpo aguanta y/o de qué se muere!?(25, 30, 31) De esta forma se evidencia que el conocimiento, buen juicio, criterio y experiencia del médico (que como derechos profesionales le asisten) en valorar la relación riesgo/beneficio, ¡quedan pisoteados! Nuevamente refiero al lector a la cita 51 del presente texto.</p> <p>Y, ¡peor aún, se está atropellando el propio derecho del paciente a mejorar su salud (83)!</p> <p>¡Nuevamente veo riesgos legales!</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, se precisa y modifica la redacción de conformidad con el Artículo 464 de la Ley General de Salud, así como se cambia de numeración debido a la reestructuración del Capítulo 10, para quedar como sigue:</p> <p>10.1.3 Prescribir fármacos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente, que pongan en riesgo la salud o la vida del paciente, por la prescripción de fármacos adulterados, alterados o falsificados, en términos de las disposiciones aplicables;</p>

<p>271. Dr. Ángel González Domínguez Secretaría de Salud de la Ciudad de México</p> <p>10.1.10 Utilizar técnicas no convencionales para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, que no cuenten con evidencia científica y no se encuentren debidamente autorizados por la Secretaría de Salud; de ser el caso, este hecho debe registrarse en el expediente clínico;</p> <p>Justificación: Ajuste en la redacción.</p> <p>272. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>El punto 10.1.10 que habla sobre el “uso de técnicas no convencionales”, ¡resulta total e increíblemente nefasto ya que el recurrir a ellas se le ubica, incluso, por encima de la propia utilización de fármacos autorizados por la misma COFEPRIS puesto que la redacción tal cual indica, al hacer uso de ellas que: “de ser el caso, este hecho debe registrarse en el expediente clínico”; esto implica, por un lado, seguir descalificando el uso de fármacos, mismos de los que si hay evidencia científica y, por el otro, aceptar el “uso de técnicas no convencionales” (sin especificar con claridad, lo qué esto significa, ¿cuáles son?), con el único requisito de que el hecho se registre en el expediente! ¡Esto es no solo extraordinariamente absurdo, sino peligroso para la salud del paciente!</p>	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se precisa y modifica, así como se cambia de numeración debido a la reestructuración del Capítulo 10, para quedar como sigue:</p> <p>10.1.5 Utilizar técnicas no convencionales para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, que no cuenten con evidencia científica y no se encuentren universalmente aceptados en el marco de la ética médica;</p>
<p>273. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>El punto 10.1.11 debe ser más explícito, agregando al texto lo siguiente: ...y otros equipos o procedimientos como vendas de yeso en apoyo...</p>	<p>Se acepta parcialmente el comentario, se modifica la redacción y se recorre la numeración debido a la reestructuración del Capítulo 10, para quedar como sigue:</p> <p>10.1.6 Indicar como opción de tratamiento el uso de aparatos de ejercicio electrónicos o mecánicos, aparatos térmicos, de masaje, vendas de yeso, baños sauna, así como otros procedimientos y equipos en apoyo al tratamiento médico, que no hayan demostrado su eficacia terapéutica y que además representen un riesgo para la salud;</p>
<p>274. Colegio de Médicos Cirujanos y Profesionales en Nutriología y Obesidad A.C.</p> <p>El punto 10.1.14 Usar la liposucción y la lipoescultura como tratamientos para el sobrepeso y la obesidad. Del apartado 10. Medidas contraindicadas para la atención integral del sobrepeso y la obesidad. Podrían explicarlo de forma más detallada. Creo que se podría mal interpretar a que sea una mala técnica.</p>	<p>No se acepta el comentario, es pertinente señalar que el punto 10.1.8, de la Norma, es claro al establecer como una contraindicación en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, la liposucción y la lipoescultura, toda vez que estos procedimientos quirúrgicos tienen fines estéticos y no terapéuticos.</p>
<p>275. Dr. Raymundo Rosas Munguía</p> <p>¡Sorprendentemente se eliminaron todos los ocho puntos dentro del numeral 12 de la norma anterior, referentes a todo aquello sobre publicidad en el tema! Dado el alto grado existente de charlatanería y manejos inadecuados (efectuados aún por médicos y nutriólogos titulados), considero la conveniencia de reinstalarlos, previa revisión profunda y legal de los mismos encaminada a evitar cualquier forma de corrupción, tanto por parte del personal de salud, como por aquella en que las autoridades mismas pudieran incurrir.</p>	<p>No se acepta el comentario, la porción normativa de la publicidad se eliminó, toda vez que esta materia no es objeto de regulación de la Norma, de conformidad con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, además de que corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, su regulación y vigilancia. Por lo que únicamente se incluye una disposición de manera genérica en el punto 5.5, del apartado de generalidades, de la Norma.</p>

<p>276. C. Claudia Norma Freyre Castañeda Johnson&Johnson</p> <p>Agregar</p> <p>12.X Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. <i>Diabetes Care</i> 2016;39:861-77 DOI:10.2337/dc16-0236.</p> <p>12.X Dent M, Chrisopoulos S, Mulhall C, Ridler C. <i>Bariatric surgery for obesity</i>. Oxford: National Obesity Observatory, 2010</p> <p>12.X NICE. <i>Obesity: The Prevention, Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children</i>. London: NICE; 2006</p> <p>12.X NICE. <i>Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults</i>. London: NICE; 2014.</p> <p>12.X <i>Obesity overview</i>. NICE. Disponible en http://pathways.nice.org.uk/pathways/obesity; última visita: julio 15 de 2016.</p> <p>12.X De Luca M., Angrisani L., Himpens J., et al. Indicators for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). <i>Obesity surgery</i> 2016; DOI 10.1007/S11695-016-2271-4.</p> <p>277. Dr. Juan Francisco Arellano Ramos Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, A.C.</p> <p>Agregar</p> <p>12.9 Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. <i>Diabetes Care</i> 2016;39:861-77 DOI:10.2337/dc16-0236.</p> <p>12.10 Dent M, Chrisopoulos S, Mulhall C, Ridler C. <i>Bariatric surgery for obesity</i>. Oxford: National Obesity Observatory, 2010</p> <p>12.11 NICE. <i>Obesity: The Prevention, Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children</i>. London: NICE; 2006</p> <p>12.12 NICE. <i>Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults</i>. London: NICE; 2014.</p> <p>12.13 <i>Obesity overview</i>. NICE. Disponible en http://pathways.nice.org.uk/pathways/obesity; última visita: julio 15 de 2016.</p> <p>12.14 De Luca M., Angrisani L., Himpens J., et al. Indicators for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). <i>Obesity surgery</i> 2016; DOI 10.1007/S11695-016-2271-4.</p> <p>278. Dra. Georgina E. Poblano Poblano</p> <p>Agregar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haslam D. Weight management in obesity – past and present (REVIEW ARTICLE). <i>International Journal of Clinical Practice.</i>, March 2016, 70, 3, 206–217. - Suplicy H . et al. A comparative study of five centrally acting drugs on the pharmacological treatment of obesity. <i>International Journal of Obesity</i> (2014) 38, 1097– 1103. - <i>Handbook of Obesity</i> (2014)., Bray G., Bouchard C. CRC Press Vol. 2 p.240 . 	<p>Se aceptan parcialmente los comentarios, se seleccionaron las referencias bibliográficas, para quedar como sigue:</p> <p>12.1 AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY COMPREHENSIVE CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH OBESITY EXECUTIVE SUMMARY. Complete Guidelines available at https://www.aace.com/publications/guidelines Endocr Pract. 2016 Jul; 22(7):842-84.</p> <p>12.2 American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2017.</p> <p>12.3 Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Disponible en: http://www.cenetec.gob.mx/spry/v2/catalogoMaestroGPCgobmx.html.</p> <p>12.4 De Luca M., Angrisani L., Himpens J., et al. Indicators for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). <i>Obesity surgery</i> 2016; DOI 10.1007/S11695-016-2271-4.</p> <p>12.5 Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al; Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines.</p> <p>12.6 Guía de práctica clínica: Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-051-08/ER.pdf.</p> <p>12.7 Guía de práctica clínica: Tratamiento Quirúrgico del Adolescente con Obesidad Mórbida. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-050-08/ER.pdf.</p> <p>12.8 Haslam D. Weight management in obesity –past and present (REVIEW ARTICLE). <i>International Journal of Clinical Practice</i>. March 2016, 70, 3, 206–217.</p> <p>12.9 Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. <i>J Am Coll Cardiol</i>. 2014 Jul 1;63 (25 Pt B):2985-3023.</p> <p>12.10 NICE. <i>Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults</i>. London: NICE; 2014.</p> <p>12.11 Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. <i>Diabetes Care</i> 2016; 39:861-77 DOI:10.2337/dc16-0236.</p> <p>12.12 Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco J, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2016. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf</p>
--	--

279. Dra. Martha Kaufer Horwitz NC.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Se sugiere agregar las siguientes bibliografías:

- Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol.* 2014 Jul 1;63 (25 Pt B):2985-3023.
- Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al; Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines. AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY COMPREHENSIVE CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH OBESITY EXECUTIVE SUMMARY
- MMARY. Complete Guidelines available at <https://www.aace.com/publications/guidelines>. *Endocr Pract.* 2016 Jul;22(7):842-84.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2016
- Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes.* 2016 Jan;34(1):3-21.

Justificación: Se trata de guías de práctica clínica aceptadas y recientes, basadas en la evidencia más reciente y que abordan el tratamiento de la obesidad desde una perspectiva integral.

280. Acad. Dr. Jesús Tapia Jurado

Academia Mexicana de Cirugía

Agregar

- 12.9 Rubino F, Nathan DV, Eckel RH, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. *Diabetes Care* 2016;39:861-77 | DOI:10.2337/dc16-0236.
- 12.10 Dent M, Chrisopoulos S, Mulhall C, Ridler C. *Bariatric surgery for obesity*. Oxford: National Obesity Observatory, 2010
- 12.11 NICE. *Obesity: The Prevention, Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children*. London: NICE; 2006
- 12.12 NICE. *Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults*. London: NICE; 2014.
- 12.13 *Obesity overview*. NICE. Disponible en <http://pathways.nice.org.uk/pathways/obesity>; última visita: julio 15 de 2016.
- 12.14 De Luca M., Angrisani L., Himpens J., et al. Indicators for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obesity surgery* 2016; DOI 10.1007/S11695-016-2271-4.

281. Dr. Raymundo Rosas Munguía

La bibliografía del proyecto es sumamente escueta y no muy adecuada, **habiéndola reducido de 23 citas en la anterior a solo 8**, entre las cuales no figura una sola que se refiera al aspecto del tratamiento farmacológico: En la anterior norma, aunque pienso que para el caso no fue debidamente considerada, hubo la cita de un artículo muy importante (de los varios) del Dr. George A. Bray sobre el particular.

Además, ya desde la norma anterior, **¡no están referenciados dentro de la bibliografía, ninguno de los Consensos Nacionales ni Latinoamericanos sobre Obesidad!**, como, por ejemplo, el realizado en el año 2011 en México (30), cual es un muy valioso trabajo.

¡Es una verdadera pena comparar esta sección con la amplia bibliografía de normas como las de Diabetes, HTA y Dislipidemias!

No se acepta el comentario, únicamente se cita la bibliografía que se consultó y sirvió de base para elaborar la Norma, no es necesario describir un listado exhaustivo, ya que no se trata de un instrumento científico sino de un instrumento normativo con fundamento jurídico.

CONVENIO de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018, Proyecto Específico denominado Fortalecimiento de la atención a la infancia en el DIF Aguascalientes, que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Aguascalientes.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES CON CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2018, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO "DIF NACIONAL", REPRESENTADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ Y, POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES, EN ADELANTE "DIF ESTATAL", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, M.A.P. ALEJANDRO SERRANO ALMANZA, A QUIENES, CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 25, determina que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en el artículo 26, establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.

II. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3, señala que se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Por su parte, el artículo 4 define a los sujetos de la asistencia social.

Asimismo, la Ley de Asistencia Social, en su artículo 28, establece que el "DIF NACIONAL" será el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. De igual forma, el artículo 54, establece que el "DIF NACIONAL" promoverá la organización y participación de la comunidad para contribuir en la prestación de servicios asistenciales para el Desarrollo Integral de la Familia. La participación de la comunidad, de acuerdo con lo establecido por el artículo 55, debe estar encaminada a fortalecer su estructura y a propiciar la solidaridad de la población.

III. En congruencia con lo anterior, con fecha 30 de diciembre de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018", en lo sucesivo referidas como las "REGLAS DE OPERACIÓN", mismas que tienen como objetivo general impulsar la instrumentación de proyectos que contribuyan a mejorar las acciones y servicios a la población vulnerable.

DECLARACIONES

I. "DIF NACIONAL" declara que:

I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, respectivamente; teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y conforme a sus atribuciones y funciones; actúa en coordinación con Dependencias y Entidades Federales, Estatales y Municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones en la materia.

I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones, reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo cual es su intención colaborar con el "DIF ESTATAL", para la ejecución de actividades específicas en materia de protección a personas sujetas de asistencia social.

- I.3 El Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable se encuentra facultado para la formalización del presente Instrumento Jurídico, de conformidad con los artículos 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII, así como 15, fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.
- I.4 Con fundamento en los artículos 12, fracciones I, incisos a), b), h) e i); VI, X, XI y XIV de la Ley de Asistencia Social, y 2, fracciones II, III, V, VI, XII, XIX, XXXIII y XXXVI de su Estatuto Orgánico, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.
- I.5 El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la Meta Nacional II. México Incluyente, pone énfasis en la idea de transitar hacia una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos, proponiéndose políticas sociales que giren en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa, teniendo como prioridad la integración de una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Un México Incluyente busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
- Asimismo, busca articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población a través de la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil, así como del fortalecimiento de la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para contribuir a garantizar su calidad de vida, mediante una mayor y mejor coordinación interinstitucional que garantice la concurrencia y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.
- I.6 En términos de los artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de Coordinación en Materia de Atención a Personas Sujetas de Asistencia Social con "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, establecer los procedimientos de coordinación en materia de atención a sujetos de asistencia social y, con ello, propiciar la planeación del desarrollo integral de esa Entidad Federativa.
- I.7 Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México.
- I.8 Su Registro Federal de Contribuyentes es: SND7701134L0.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

- II.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado mediante el Decreto número 65, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, Ags., de fecha 20 de marzo de 1977.
- II.2 Tiene entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como procurar la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas y privadas.
- II.3 El M.A.P. Alejandro Serrano Almanza se encuentra facultado como Director General, acreditando su personalidad con Oficio de Nombramiento número SGG/N/099/2016, de fecha 5 de diciembre de 2016, expedido a su favor por el Gobernador Constitucional del Estado de Aguascalientes, el C.P. Martín Orozco Sandoval, y se encuentra autorizado para celebrar el presente Convenio de Coordinación.
- II.4 Entre sus atribuciones se encuentra el promover y prestar servicios de asistencia social a la población, así como la capacitación de recursos humanos para su atención.
- II.5 Su Registro Federal de Contribuyentes es: SDI7901012H5.
- II.6 Señala como domicilio legal para todos los fines y efectos que se deriven del presente Convenio, el ubicado en Avenida de la Convención Sur S/N, Esquina de los España, Código Postal 20210, Aguascalientes, Ags.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

- III.1 Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta a asistencia social, es su interés y voluntad suscribir el presente Convenio, en beneficio de la población vulnerable del país;

- III.2** Reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes;
- III.3** Reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación;
- III.4** Es su deseo suscribir el presente Instrumento Jurídico, concurriendo en el territorio del Estado de Aguascalientes, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para la realización de acciones en beneficio de la población vulnerable, de acuerdo con sus respectivas disposiciones jurídicas aplicables, y
- III.5** Cuenta cada una de ellas con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 4o., 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 1, 25, fracción VI, 75, fracción II, segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3, 4, 19, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social; 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII y 15 fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016; el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El objeto del presente Convenio es la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, así como establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", para la ejecución del Proyecto específico denominado "Fortalecimiento de la Atención a la Infancia en el DIF Aguascalientes", en adelante el "PROYECTO", así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán como subsidios para la ejecución del mismo, en el marco de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y conforme a las especificaciones que se establecen en el formato para la identificación y validación del proyecto en mención.

SEGUNDA.- APORTACIÓN DE RECURSOS.- Con base en la suficiencia presupuestaria contenida en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, en las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN", y en el número de Precompromiso SAP 1500009343, "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios que prevén las "REGLAS DE OPERACIÓN" hasta por un monto de \$4'000,000.00 (CUATRO MILLONES DE PESOS 00/100, M.N.), que serán transferidos a más tardar el día 31 de julio del Ejercicio Fiscal 2018, en una sola exhibición.

"LAS PARTES" convienen en que el otorgamiento y fecha de radicación de dichos recursos podrá sufrir variaciones atendiendo a la disponibilidad presupuestaria.

TERCERA.- NATURALEZA DE LOS RECURSOS.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que se realizan de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter Federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones Federales que regulan su control y ejercicio.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio, estará a cargo de "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, información, así como la comprobación de la aplicación, será exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL", de conformidad con la normatividad aplicable.

Los recursos que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no se hayan devengado al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en su ejercicio, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, incluyendo rendimientos financieros e intereses por el "DIF ESTATAL", en los términos que señalen las disposiciones aplicables; "DIF ESTATAL" tiene la obligación de informar lo anterior a la Dirección de Finanzas y a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL".

CUARTA.- CUENTA BANCARIA.- Para los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", el "DIF ESTATAL" se obliga abrir de manera especial y exclusiva una cuenta bancaria productiva para la administración de los recursos federales materia del presente Instrumento Jurídico, a través de su Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa, con el fin de que distinga contablemente su origen

e identifique que las erogaciones correspondan a los fines del Proyecto Anual de Trabajo o documento según se trate, de conformidad con lo señalado en el Quinto párrafo del artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa deberá de emitir el recibo correspondiente al ingreso de los recursos transferidos por el "DIF NACIONAL", el día que se reciba, mismo que deberá remitirse al Organismo a más tardar en los cinco (5) días hábiles posteriores a satisfacción de "DIF NACIONAL", y en congruencia con lo dispuesto, tanto en las "REGLAS DE OPERACIÓN", como en el presente Convenio.

COMPROMISOS DE "LAS PARTES"

QUINTA.- "DIF NACIONAL" se compromete a realizar las acciones siguientes:

- a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la Cláusula Segunda de este Convenio, previo cumplimiento del "DIF ESTATAL" de las obligaciones a su cargo, referidas en la Cláusula Cuarta de este Convenio;
- b) Otorgar la asesoría y orientación al "DIF ESTATAL" cuando éste se la solicite, y
- c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN".

SEXTA.- "DIF ESTATAL" se compromete a:

- a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio, se realicen de acuerdo a lo señalado en las disposiciones de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y demás normativa aplicable;
- b) Aplicar en su totalidad, los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines del "PROYECTO", así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestarios;
- c) Celebrar convenios y/o acuerdos con los Gobiernos de los Municipios de la Entidad Federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades objeto de este Convenio;
- d) Presentar los informes de Avance Físico-Financiero a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL" a más tardar durante los primeros cinco (5) días naturales posteriores a la terminación del trimestre que se reporta. Los informes deberán ser acompañados con la justificación de las variaciones entre la meta de cobertura programada y la alcanzada, así como entre el presupuesto autorizado, el modificado y el ejercido y, en su caso, el reporte de las medidas de ahorro, austeridad y eficiencia aplicadas durante el periodo que se informe;
- e) Presentar a "DIF NACIONAL" la información necesaria para el informe de Cuenta Pública de los apoyos a que se refiere el presente Convenio, con base en los formatos y lineamientos que en su oportunidad le dé a conocer el "DIF NACIONAL";
- f) Entregar a "DIF NACIONAL" el informe final sobre los resultados y alcances obtenidos en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, de forma física y electrónica a la Unidad de Atención a Población Vulnerable después de concluido el objeto del presente Convenio a los cinco (5) días naturales posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2018, y
- g) Entregar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de Comprobación de Gastos, debidamente firmados y rubricados por la Instancia Ejecutora consistentes en:
 - Relación de Gastos, con la copia legible de los comprobantes fiscales (facturas y/o fichas de depósito de reintegro en caso de que no sean ejercidos los recursos parcial o totalmente);
 - Documento de verificación de los comprobantes fiscales emitido por el SAT;
 - Informes Trimestrales de Avance Físico-Financiero;
 - Bitácora Fotográfica;
 - Informe Final de Resultados;
 - Cédulas de Información de la Población Objetivo Beneficiada (CIPOB) y/o Padrón de Beneficiarios;
 - Acta Entrega de Recepción de Obras o Equipo a Municipio y/o Beneficiarios, en caso de que aplique.

Lo anterior a efecto garantizar que sean correctamente canalizados los recursos a los beneficiarios del Programa.

- h) Reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos federales presupuestarios y, en su caso, los productos financieros que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no devengados al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, en los términos que señalen las disposiciones aplicables, debiendo informar por escrito a la Dirección de Finanzas de "DIF NACIONAL" lo anterior;
- i) Conservar debidamente resguardada, durante 5 años, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que, con base en el presente Instrumento Jurídico se entregan;
- j) Presentar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de comprobación, las evidencias (bitácora fotográfica) que acrediten la finalización del "PROYECTO", el Informe final de Resultados y, en su caso, el Acta de Entrega-Recepción de Obras o equipo a municipio y/o beneficiarios;
- k) Dar seguimiento, verificar el desarrollo y ejecución de los compromisos contenidos en el objeto del presente Convenio, de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN";
- l) Promover la Contraloría Social en las localidades beneficiadas por el Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 28 de octubre de 2016;
- m) Aceptar y facilitar la realización de visitas de seguimiento y asesoría, así como proporcionar oportunamente, en tiempo y forma, la información y documentación desagregada por rubro que soliciten el "DIF NACIONAL" y/o los Órganos Fiscalizadores Federales competentes, para los efectos que dichas instancias requieran;
- n) Realizar o, en su caso, contratar la ejecución de los proyectos de servicios, Acciones y Obras que se requieran, así como supervisar las acciones, de conformidad con la normativa aplicable;
- ñ) Adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y comunicación con "DIF NACIONAL", para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos. Lo anterior, sin perjuicio de que los órganos fiscalizadores correspondientes lleven a cabo las acciones de vigilancia, control y evaluación a fin de verificar en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos contenidos en el presente Convenio;
- o) Señalar expresamente y en forma idéntica la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL", tanto en las acciones de difusión, divulgación y promoción del "PROYECTO", y
- p) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las demás aplicables conforme a la normativa nacional.

"LAS PARTES" acuerdan que para efectos de los incisos d) y f) de esta Cláusula, los informes de avance o final del "PROYECTO", serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el "DIF ESTATAL" acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos, pueda ser verificada por las unidades administrativas del "DIF NACIONAL" o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

SÉPTIMA.- Con el fin de dar cumplimiento al artículo 28 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, así como al numeral 8 titulado "Transparencia" de las "REGLAS DE OPERACIÓN", "LAS PARTES" se comprometen a que la difusión y divulgación que se realice por medios impresos, electrónicos, escritos, gráficos y de cualquier otra índole inherente al Programa objeto del presente Convenio, deberá enunciar la siguiente leyenda:

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

OCTAVA.- CONTRALORÍA SOCIAL.- "LAS PARTES" promoverán la Contraloría Social como una práctica de transparencia y control de rendición de cuentas, conforme a lo dispuesto en las "REGLAS DE OPERACIÓN" y en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de octubre de 2016 y los documentos normativos de Contraloría Social autorizados por la Secretaría de la Función Pública.

NOVENA.- REPRESENTANTES DE "LAS PARTES".- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del "PROYECTO", "LAS PARTES" designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE.
"DIF ESTATAL"	M.A.P. ALEJANDRO SERRANO ALMANZA DIRECTOR GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.

Los representantes Titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán tener cuando menos, el nivel jerárquico inferior siguiente al del representante Titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

DÉCIMA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS.- "DIF ESTATAL" acepta que en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el "DIF NACIONAL", atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea total o parcialmente, la entrega de los apoyos asignados al "PROYECTO".

Son causas de suspensión o cancelación, además, las siguientes:

- a) No aplique los apoyos entregados para los fines aprobados o los apliquen inadecuadamente, en cuyo caso, deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;
- b) Incumpla con la ejecución del "PROYECTO" sujeto de apoyo;
- c) No acepten la realización de visitas de supervisión, cuando así lo soliciten "DIF NACIONAL", los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados;
- d) No entregue a la Unidad de Atención a Población Vulnerable los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del "PROYECTO" dentro de los plazos establecidos;
- e) La inviabilidad del "PROYECTO", en razón de alteración o cambio en las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras;
- f) Presente información falsa sobre los conceptos de aplicación y los finiquitos de los conceptos apoyados;
- g) Con motivo de duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;
- h) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución grave de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;
- i) Cuando "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, y
- j) En general, exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las disposiciones que derivan de éstas.

"DIF ESTATAL" acepta que, ante la suspensión o cancelación de la entrega de los apoyos, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional, según corresponda, así como los intereses y rendimientos generados.

DÉCIMA PRIMERA.- CONTROL Y VIGILANCIA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes y demás autoridades, conforme al ámbito material de competencia otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del "DIF ESTATAL", a partir de la firma de este Convenio, el "DIF NACIONAL" o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de supervisión, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- TRANSPARENCIA.- "LAS PARTES" convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados al "PROYECTO"; consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de los proyectos apoyados, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales que tengan disponibles.

DÉCIMA TERCERA.- RELACIÓN LABORAL.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la parte con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la parte por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2018, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el Convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos treinta (30) días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución, deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

DÉCIMA QUINTA.- MINISTRACIÓN DEL RECURSO.- En cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la ministración del recurso podrá otorgarse a partir de la fecha de firma del presente Convenio, hasta el día 31 de julio de 2018.

No obstante, lo anterior, "LAS PARTES" estarán sujetas a lo publicado anualmente en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente, a las disposiciones y recomendaciones hechas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las demás autoridades competentes que para tal efecto emitan.

DÉCIMA SEXTA.- VERIFICACIÓN.- Con el objeto de asegurar la efectividad del presente Convenio, "DIF ESTATAL" y "DIF NACIONAL" revisarán periódicamente su contenido y aplicación, así como también adoptarán las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requeridas para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

Las partes convienen que "DIF ESTATAL" destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo Estatal (o su equivalente) para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos; dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la SFP. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos reasignados, para lo que del total de estos recursos se restará hasta el uno al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los Anexos de este Instrumento. Para el caso de las obras públicas ejecutadas por contrato, aplicará lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley Federal de Derechos.

La Secretaría de la Función Pública, verificará en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos del presente Instrumento.

En los términos establecidos en el artículo 82, fracciones XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el "DIF ESTATAL" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de la Entidad Federativa.

DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA OCTAVA.- DIFUSIÓN.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables de los proyectos e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DÉCIMA NOVENA.- CONTROVERSIAS.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

VIGÉSIMA.- PUBLICACIÓN.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación y 178 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el presente Convenio de Coordinación será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

Enteradas las partes de sus términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 17 días del mes de enero de 2018.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Ismael Ordóñez Hernández**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: el Director General, **Alejandro Serrano Almanza**.- Rúbrica.

CONVENIO de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018, Proyecto Específico denominado Fortalecimiento de la atención a la infancia en el DIF Colima, que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Colima.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES CON CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2018, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO "DIF NACIONAL", REPRESENTADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ, Y POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE COLIMA, EN ADELANTE "DIF ESTATAL", REPRESENTADO POR SU DIRECTORA GENERAL, LIC. MARINA ALFARO DE ANDA, A QUIENES, CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 25, determina que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en el artículo 26, establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.
- II. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3, señala que se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Por su parte, el artículo 4 define a los sujetos de la asistencia social.

Asimismo, la Ley de Asistencia Social, en su artículo 28, establece que el "DIF NACIONAL" será el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. De igual forma, el artículo 54, establece que el "DIF NACIONAL" promoverá la organización y participación de la comunidad para contribuir en la prestación de servicios asistenciales para el Desarrollo Integral de la Familia. La participación de la comunidad, de acuerdo con lo establecido por el artículo 55, debe estar encaminada a fortalecer su estructura y a propiciar la solidaridad de la población.

- III. En congruencia con lo anterior, con fecha 30 de diciembre de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018", en lo sucesivo referidas como las "REGLAS DE OPERACIÓN", mismas que tienen como objetivo general impulsar la instrumentación de proyectos que contribuyan a mejorar las acciones y servicios a la población vulnerable.

DECLARACIONES

I. "DIF NACIONAL" declara que:

- I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, respectivamente; teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y conforme a sus atribuciones y funciones; actúa en coordinación con Dependencias y Entidades Federales, Estatales y Municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones en la materia.
- I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones, reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo cual es su intención colaborar con el "DIF ESTATAL", para la ejecución de actividades específicas en materia de protección a personas sujetas de asistencia social.
- I.3 El Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable se encuentra facultado para la formalización del presente Instrumento Jurídico, de conformidad con los artículos 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII, así como 15, fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.

- I.4** Con fundamento en los artículos 12, fracciones I, incisos a), b), h) e i); VI, X, XI y XIV de la Ley de Asistencia Social, y 2, fracciones II, III, V, VI, XII, XIX, XXXIII y XXXVI de su Estatuto Orgánico, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.
- I.5** El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la Meta Nacional II. México Incluyente, pone énfasis en la idea de transitar hacia una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos, proponiéndose políticas sociales que giren en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa, teniendo como prioridad la integración de una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Un México Incluyente busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
- Asimismo, busca articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población a través de la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil, así como del fortalecimiento de la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para contribuir a garantizar su calidad de vida, mediante una mayor y mejor coordinación interinstitucional que garantice la concurrencia y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.
- I.6** En términos de los artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de Coordinación en Materia de Atención a Personas Sujetas de Asistencia Social con "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, establecer los procedimientos de coordinación en materia de atención a sujetos de asistencia social y, con ello, propiciar la planeación del desarrollo integral de esa Entidad Federativa.
- I.7** Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México.
- I.8** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SND7701134L0.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

- II.1** Es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado mediante el Decreto número 48, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Colima de fecha 30 de julio de 1977.
- II.2** Tiene entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como procurar la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas y privadas.
- II.3** La Lic. Marina Alfaro de Anda se encuentra facultada como Directora General, acreditando su personalidad con nombramiento de fecha 9 de noviembre de 2017, expedido a su favor por el Lic. José Ignacio Peralta Sánchez, Gobernador Constitucional del Estado de Colima, y se encuentra autorizada para celebrar el presente Convenio de Coordinación.
- II.4** Entre sus atribuciones se encuentra el promover y prestar servicios de asistencia social a la población, así como la capacitación de recursos humanos para su atención.
- II.5** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SED7707304N6.
- II.6** Señala como domicilio legal para todos los fines y efectos que se deriven del presente Convenio, el ubicado en Calle Encino número 530, Colonia Rinconada del Pereyra, Municipio de Colima, Colima, Código Postal 28078.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

- III.1** Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta a asistencia social, es su interés y voluntad suscribir el presente Convenio, en beneficio de la población vulnerable del país;
- III.2** Reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes;
- III.3** Reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación;
- III.4** Es su deseo suscribir el presente Instrumento Jurídico, concurriendo en el territorio del Estado de Colima, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para la realización de acciones en beneficio de la población vulnerable, de acuerdo con sus respectivas disposiciones jurídicas aplicables, y

III.5 Cuenta cada una de ellas con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 4o., 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 1, 25, fracción VI, 75, fracción II, segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3, 4, 19, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social; 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII y 15 fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016; el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El objeto del presente Convenio es la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, así como establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", para la ejecución del Proyecto específico denominado "Fortalecimiento de la Atención a la Infancia en el DIF Colima", en adelante el "PROYECTO", así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán como subsidios para la ejecución del mismo, en el marco de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y conforme a las especificaciones que se establecen en el formato para la identificación y validación del proyecto en mención.

SEGUNDA.- APORTACIÓN DE RECURSOS.- Con base en la suficiencia presupuestaria contenida en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, en las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN", y el número de Precompromiso SAP 1500009344, "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios que prevén las "REGLAS DE OPERACIÓN" hasta por un monto de \$6'000,000.00 (SEIS MILLONES DE PESOS 00/100, M.N.), que serán transferidos a más tardar el día 31 de julio del Ejercicio Fiscal 2018, en una sola exhibición.

"LAS PARTES" convienen en que el otorgamiento y fecha de radicación de dichos recursos podrá sufrir variaciones atendiendo a la disponibilidad presupuestaria.

TERCERA.- NATURALEZA DE LOS RECURSOS.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que se realizan de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter Federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones Federales que regulan su control y ejercicio.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio, estará a cargo de "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, información, así como la comprobación de la aplicación, será exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL", de conformidad con la normatividad aplicable.

Los recursos que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no se hayan devengado al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en su ejercicio, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, incluyendo rendimientos financieros e intereses por el "DIF ESTATAL", en los términos que señalen las disposiciones aplicables; "DIF ESTATAL" tiene la obligación de informar lo anterior a la Dirección de Finanzas y a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL".

CUARTA.- CUENTA BANCARIA.- Para los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", el "DIF ESTATAL" se obliga abrir de manera especial y exclusiva una cuenta bancaria productiva para la administración de los recursos federales materia del presente Instrumento Jurídico, a través de su Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa, con el fin de que distinga contablemente su origen e identifique que las erogaciones correspondan a los fines del Proyecto Anual de Trabajo o documento según se trate, de conformidad con lo señalado en el Quinto párrafo del artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa deberá de emitir el recibo correspondiente al ingreso de los recursos transferidos por el "DIF NACIONAL", el día que se reciba, mismo que deberá remitirse al Organismo a más tardar en los cinco (5) días hábiles posteriores a satisfacción de "DIF NACIONAL", y en congruencia con lo dispuesto, tanto en las "REGLAS DE OPERACIÓN", como en el presente Convenio.

COMPROMISOS DE “LAS PARTES”

QUINTA.- “DIF NACIONAL” se compromete a realizar las acciones siguientes:

- a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la Cláusula Segunda de este Convenio, previo cumplimiento del “DIF ESTATAL” de las obligaciones a su cargo, referidas en la Cláusula Cuarta de este Convenio;
- b) Otorgar la asesoría y orientación al “DIF ESTATAL” cuando éste se la solicite, y
- c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las “REGLAS DE OPERACIÓN”.

SEXTA.- “DIF ESTATAL” se compromete a:

- a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio, se realicen de acuerdo a lo señalado en las disposiciones de las “REGLAS DE OPERACIÓN” y demás normativa aplicable;
- b) Aplicar en su totalidad, los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines del “PROYECTO”, así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestarios;
- c) Celebrar convenios y/o acuerdos con los Gobiernos de los Municipios de la Entidad Federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades objeto de este Convenio;
- d) Presentar los informes de Avance Físico-Financiero a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de “DIF NACIONAL” a más tardar durante los primeros cinco (5) días naturales posteriores a la terminación del trimestre que se reporta. Los informes deberán ser acompañados con la justificación de las variaciones entre la meta de cobertura programada y la alcanzada, así como entre el presupuesto autorizado, el modificado y el ejercido y, en su caso, el reporte de las medidas de ahorro, austeridad y eficiencia aplicadas durante el periodo que se informe;
- e) Presentar a “DIF NACIONAL” la información necesaria para el informe de Cuenta Pública de los apoyos a que se refiere el presente Convenio, con base en los formatos y lineamientos que en su oportunidad le dé a conocer el “DIF NACIONAL”;
- f) Entregar a “DIF NACIONAL” el informe final sobre los resultados y alcances obtenidos en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, de forma física y electrónica a la Unidad de Atención a Población Vulnerable después de concluido el objeto del presente Convenio a los cinco (5) días naturales posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2018, y
- g) Entregar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de Comprobación de Gastos, debidamente firmados y rubricados por la Instancia Ejecutora consistentes en:
 - Relación de Gastos, con la copia legible de los comprobantes fiscales (facturas y/o fichas de depósito de reintegro en caso de que no sean ejercidos los recursos parcial o totalmente);
 - Documento de verificación de los comprobantes fiscales emitido por el SAT;
 - Informes Trimestrales de Avance Físico-Financiero;
 - Bitácora Fotográfica;
 - Informe Final de Resultados;
 - Cédulas de Información de la Población Objetivo Beneficiada (CIPOB) y/o Padrón de Beneficiarios;
 - Acta Entrega de Recepción de Obras o Equipo a Municipio y/o Beneficiarios, en caso de que aplique.

Lo anterior a efecto garantizar que sean correctamente canalizados los recursos a los beneficiarios del Programa.

- h) Reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos federales presupuestarios y, en su caso, los productos financieros que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no devengados al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que “DIF NACIONAL” o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, en los términos que señalen las disposiciones aplicables, debiendo informar por escrito a la Dirección de Finanzas de “DIF NACIONAL” lo anterior;

- i) Conservar debidamente resguardada, durante 5 años, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que, con base en el presente Instrumento Jurídico se entregan;
- j) Presentar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de comprobación, las evidencias (bitácora fotográfica) que acrediten la finalización del "PROYECTO", el Informe final de Resultados y, en su caso, el Acta de Entrega-Recepción de Obras o equipo a municipio y/o beneficiarios;
- k) Dar seguimiento, verificar el desarrollo y ejecución de los compromisos contenidos en el objeto del presente Convenio, de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN";
- l) Promover la Contraloría Social en las localidades beneficiadas por el Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 28 de octubre de 2016;
- m) Aceptar y facilitar la realización de visitas de seguimiento y asesoría, así como proporcionar oportunamente, en tiempo y forma, la información y documentación desagregada por rubro que soliciten el "DIF NACIONAL" y/o los Órganos Fiscalizadores Federales competentes, para los efectos que dichas instancias requieran;
- n) Realizar o, en su caso, contratar la ejecución de los proyectos de servicios, Acciones y Obras que se requieran, así como supervisar las acciones, de conformidad con la normativa aplicable;
- ñ) Adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y comunicación con "DIF NACIONAL", para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos. Lo anterior, sin perjuicio de que los órganos fiscalizadores correspondientes lleven a cabo las acciones de vigilancia, control y evaluación a fin de verificar en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos contenidos en el presente Convenio;
- o) Señalar expresamente y en forma idéntica la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL", tanto en las acciones de difusión, divulgación y promoción del "PROYECTO"; y
- p) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las demás aplicables conforme a la normativa nacional.

"LAS PARTES" acuerdan que para efectos de los incisos d) y f) de esta Cláusula, los informes de avance o final del "PROYECTO", serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el "DIF ESTATAL" acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos, pueda ser verificada por las unidades administrativas del "DIF NACIONAL" o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

SÉPTIMA.- Con el fin de dar cumplimiento al artículo 28 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, así como al numeral 8 titulado "Transparencia" de las "REGLAS DE OPERACIÓN", "LAS PARTES" se comprometen a que la difusión y divulgación que se realice por medios impresos, electrónicos, escritos, gráficos y de cualquier otra índole inherente al Programa objeto del presente Convenio, deberá enunciar la siguiente leyenda:

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

OCTAVA.- CONTRALORÍA SOCIAL.- "LAS PARTES" promoverán la Contraloría Social como una práctica de transparencia y control de rendición de cuentas, conforme a lo dispuesto en las "REGLAS DE OPERACIÓN" y en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de octubre de 2016 y los documentos normativos de Contraloría Social autorizados por la Secretaría de la Función Pública.

NOVENA.- REPRESENTANTES DE "LAS PARTES".- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del "PROYECTO", "LAS PARTES" designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE.
"DIF ESTATAL"	LIC. MARINA ALFARO DE ANDA DIRECTORA GENERAL DEL DIF ESTATAL DE COLIMA.

Los representantes Titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán tener cuando menos, el nivel jerárquico inferior siguiente al del representante Titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

DÉCIMA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS.- "DIF ESTATAL" acepta que en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el "DIF NACIONAL", atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea total o parcialmente, la entrega de los apoyos asignados al "PROYECTO".

Son causas de suspensión o cancelación, además, las siguientes:

- a) No aplique los apoyos entregados para los fines aprobados o los apliquen inadecuadamente, en cuyo caso, deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;
- b) Incumpla con la ejecución del "PROYECTO" sujeto de apoyo;
- c) No acepten la realización de visitas de supervisión, cuando así lo soliciten "DIF NACIONAL", los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados;
- d) No entregue a la Unidad de Atención a Población Vulnerable los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del "PROYECTO" dentro de los plazos establecidos;
- e) La inviabilidad del "PROYECTO", en razón de alteración o cambio en las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras
- f) Presente información falsa sobre los conceptos de aplicación y los finiquitos de los conceptos apoyados;
- g) Con motivo de duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;
- h) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución grave de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;
- i) Cuando "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, y
- j) En general, exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las disposiciones que derivan de éstas.

"DIF ESTATAL" acepta que, ante la suspensión o cancelación de la entrega de los apoyos, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional, según corresponda, así como los intereses y rendimientos generados.

DÉCIMA PRIMERA.- CONTROL Y VIGILANCIA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes y demás autoridades, conforme al ámbito material de competencia otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del "DIF ESTATAL", a partir de la firma de este Convenio, el "DIF NACIONAL" o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de supervisión, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- TRANSPARENCIA.- "LAS PARTES" convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados al "PROYECTO"; consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de los proyectos apoyados, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales que tengan disponibles.

DÉCIMA TERCERA.- RELACIÓN LABORAL.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la parte con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará una

subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la parte por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2018, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el Convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos treinta (30) días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución, deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

DÉCIMA QUINTA.- MINISTRACIÓN DEL RECURSO.- En cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la ministración del recurso podrá otorgarse a partir de la fecha de firma del presente Convenio, hasta el día 31 de julio de 2018.

No obstante, lo anterior, "LAS PARTES" estarán sujetas a lo publicado anualmente en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente, a las disposiciones y recomendaciones hechas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las demás autoridades competentes que para tal efecto emitan.

DÉCIMA SEXTA.- VERIFICACIÓN.- Con el objeto de asegurar la efectividad del presente Convenio, "DIF ESTATAL" y "DIF NACIONAL" revisarán periódicamente su contenido y aplicación, así como también adoptarán las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requeridas para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

"LAS PARTES" convienen que "DIF ESTATAL" destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo Estatal (o su equivalente) para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos; dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la Secretaría de la Función Pública. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos reasignados, para lo que del total de estos recursos se restará hasta el uno al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los Anexos de este instrumento. Para el caso de las obras públicas ejecutadas por contrato, aplicará lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley Federal de Derechos.

La Secretaría de la Función Pública, verificará en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos del presente instrumento.

En los términos establecidos en el artículo 82, fracciones XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el "DIF ESTATAL" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de la Entidad Federativa.

DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA OCTAVA.- DIFUSIÓN.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables de los proyectos e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DÉCIMA NOVENA.- CONTROVERSIAS.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

VIGÉSIMA.- PUBLICACIÓN.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación y 178 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el presente Convenio de Coordinación será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.

Enteradas las partes de sus términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 17 días del mes de enero de 2018.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Ismael Ordóñez Hernández**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: la Directora General, **Marina Alfaro de Anda**.- Rúbrica.

CONVENIO de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018, Proyecto Específico denominado Fortalecimiento de la atención a la infancia y población adulta mayor en el DIFEM, que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES CON CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2018, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO "DIF NACIONAL", REPRESENTADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ Y, POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO, EN ADELANTE "DIF ESTATAL", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, MTRO. MIGUEL ÁNGEL TORRES CABELLO, A QUIENES, CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 25, determina que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en el artículo 26, establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.
- II. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3, señala que se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Por su parte, el artículo 4 define a los sujetos de la asistencia social.

Asimismo, la Ley de Asistencia Social, en su artículo 28, establece que el "DIF NACIONAL" será el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. De igual forma, el artículo 54, establece que el "DIF NACIONAL" promoverá la organización y participación de la comunidad para contribuir en la prestación de servicios asistenciales para el Desarrollo Integral de la Familia. La participación de la comunidad, de acuerdo con lo establecido por el artículo 55, debe estar encaminada a fortalecer su estructura y a propiciar la solidaridad de la población.

- III. En congruencia con lo anterior, con fecha 30 de diciembre de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018", en lo sucesivo referidas como las "REGLAS DE OPERACIÓN", mismas que tienen como objetivo general impulsar la instrumentación de proyectos que contribuyan a mejorar las acciones y servicios a la población vulnerable.

DECLARACIONES

I. "DIF NACIONAL" declara que:

- I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, respectivamente; teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y conforme a sus atribuciones y funciones; actúa en coordinación con Dependencias y Entidades Federales, Estatales y Municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones en la materia.
- I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones, reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo cual es su intención colaborar con el "DIF ESTATAL", para la ejecución de actividades específicas en materia de protección a personas sujetas de asistencia social.

- I.3** El Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable se encuentra facultado para la formalización del presente Instrumento Jurídico, de conformidad con los artículos 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII, así como 15, fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.
- I.4** Con fundamento en los artículos 12, fracciones I, incisos a), b), h) e i); VI, X, XI y XIV de la Ley de Asistencia Social, y 2, fracciones II, III, V, VI, XII, XIX, XXXIII y XXXVI de su Estatuto Orgánico, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.
- I.5** El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la Meta Nacional II. México Incluyente, pone énfasis en la idea de transitar hacia una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos, proponiéndose políticas sociales que giren en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa, teniendo como prioridad la integración de una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Un México Incluyente busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Asimismo, busca articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población a través de la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil, así como del fortalecimiento de la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para contribuir a garantizar su calidad de vida, mediante una mayor y mejor coordinación interinstitucional que garantice la concurrencia y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.

- I.6** En términos de los artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de Coordinación en Materia de Atención a Personas Sujetas de Asistencia Social con "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, establecer los procedimientos de coordinación en materia de atención a sujetos de asistencia social y, con ello, propiciar la planeación del desarrollo integral de esa Entidad Federativa.
- I.7** Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México.
- I.8** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SND7701134L0.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

- II.1** Es un Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de México, con personalidad jurídica propia y autonomía administrativa, de acuerdo con lo señalado en el Decreto número 148, publicado en la Gaceta del Gobierno de fecha 29 de marzo de 1977.
- II.2** Tiene entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como procurar la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas y privadas.
- II.3** El Mtro. Miguel Ángel Torres Cabello, se encuentra facultado como Director General, acreditando su personalidad con nombramiento de fecha de 16 de septiembre de 2017, expedido a su favor por el Gobernador Constitucional del Estado de México, Lic. Alfredo Del Mazo Maza, y se encuentra autorizado para celebrar el presente Convenio de Coordinación.
- II.4** Entre sus atribuciones se encuentra el promover y prestar servicios de asistencia social a la población, así como la capacitación de recursos humanos para su atención.
- II.5** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SDI770330SB6.
- II.6** Señala como domicilio legal para todos los fines y efectos que se deriven del presente Convenio, el ubicado en Avenida Paseos Colón y Tollocan sin número, Colonia Isidro Fabela, Municipio de Toluca, Estado de México, Código Postal 50170.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

- III.1** Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta a asistencia social, es su interés y voluntad suscribir el presente Convenio, en beneficio de la población vulnerable del país;

- III.2 Reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes;
- III.3 Reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación;
- III.4 Es su deseo suscribir el presente Instrumento Jurídico, concurriendo en el territorio del Estado de México, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para la realización de acciones en beneficio de la población vulnerable, de acuerdo con sus respectivas disposiciones jurídicas aplicables, y
- III.5 Cuenta cada una de ellas con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 4o., 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 1, 25, fracción VI, 75, fracción II, segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3, 4, 19, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social; 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII y 15 fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016; el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El objeto del presente Convenio es la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, así como establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", para la ejecución del Proyecto específico denominado "Fortalecimiento de la Atención a la Infancia y Población Adulta Mayor en el DIFEM", en adelante el "PROYECTO", así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán como subsidios para la ejecución del mismo, en el marco de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y conforme a las especificaciones que se establecen en el formato para la identificación y validación del proyecto en mención.

SEGUNDA.- APORTACIÓN DE RECURSOS.- Con base en la suficiencia presupuestaria contenida en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, en las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN", y el número de Precompromiso SAP 1500009345, "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios que prevén las "REGLAS DE OPERACIÓN" hasta por un monto de \$19'500,000.00 (DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS 00/100, M.N.), que serán transferidos a más tardar el día 31 de julio del Ejercicio Fiscal 2018, en una sola exhibición.

"LAS PARTES" convienen en que el otorgamiento y fecha de radicación de dichos recursos podrá sufrir variaciones atendiendo a la disponibilidad presupuestaria.

TERCERA.- NATURALEZA DE LOS RECURSOS.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que se realizan de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter Federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones Federales que regulan su control y ejercicio.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio, estará a cargo de "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, información, así como la comprobación de la aplicación, será exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL", de conformidad con la normatividad aplicable.

Los recursos que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no se hayan devengado al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en su ejercicio, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, incluyendo rendimientos financieros e intereses por el "DIF ESTATAL", en los términos que señalen las disposiciones aplicables; "DIF ESTATAL" tiene la obligación de informar lo anterior a la Dirección de Finanzas y a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL".

CUARTA.- CUENTA BANCARIA.- Para los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", el "DIF ESTATAL" se obliga abrir de manera especial y exclusiva una cuenta bancaria productiva para la administración de los recursos federales materia del presente Instrumento Jurídico, a través de su Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa, con el fin de que distinga contablemente su origen

e identifique que las erogaciones correspondan a los fines del Proyecto Anual de Trabajo o documento según se trate, de conformidad con lo señalado en el Quinto párrafo del artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa, deberá de emitir el recibo correspondiente al ingreso de los recursos transferidos por el "DIF NACIONAL", el día que se reciba, mismo que deberá remitirse al Organismo a más tardar en los cinco (5) días hábiles posteriores a satisfacción de "DIF NACIONAL", y en congruencia con lo dispuesto, tanto en las "REGLAS DE OPERACIÓN", como en el presente Convenio.

COMPROMISOS DE "LAS PARTES"

QUINTA.- "DIF NACIONAL", se compromete a realizar las acciones siguientes:

- a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la Cláusula Segunda de este Convenio, previo cumplimiento del "DIF ESTATAL" de las obligaciones a su cargo, referidas en la Cláusula Cuarta de este Convenio;
- b) Otorgar la asesoría y orientación al "DIF ESTATAL" cuando éste se la solicite, y
- c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN".

SEXTA.- "DIF ESTATAL" se compromete a:

- a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio, se realicen de acuerdo a lo señalado en las disposiciones de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y demás normativa aplicable;
- b) Aplicar en su totalidad, los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines del "PROYECTO", así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestarios;
- c) Celebrar convenios y/o acuerdos con los Gobiernos de los Municipios de la Entidad Federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades objeto de este Convenio;
- d) Presentar los informes de Avance Físico-Financiero a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL" a más tardar durante los primeros cinco (5) días naturales posteriores a la terminación del trimestre que se reporta. Los informes deberán ser acompañados con la justificación de las variaciones entre la meta de cobertura programada y la alcanzada, así como entre el presupuesto autorizado, el modificado y el ejercido y, en su caso, el reporte de las medidas de ahorro, austeridad y eficiencia aplicadas durante el periodo que se informe;
- e) Presentar a "DIF NACIONAL" la información necesaria para el informe de Cuenta Pública de los apoyos a que se refiere el presente Convenio, con base en los formatos y lineamientos que en su oportunidad le dé a conocer el "DIF NACIONAL";
- f) Entregar a "DIF NACIONAL" el informe final sobre los resultados y alcances obtenidos en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, de forma física y electrónica a la Unidad de Atención a Población Vulnerable después de concluido el objeto del presente Convenio a los cinco (5) días naturales posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2018, y
- g) Entregar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de Comprobación de Gastos, debidamente firmados y rubricados por la Instancia Ejecutora consistentes en:
 - Relación de Gastos, con la copia legible de los comprobantes fiscales (facturas y/o fichas de depósito de reintegro en caso de que no sean ejercidos los recursos parcial o totalmente);
 - Documento de verificación de los comprobantes fiscales emitido por el SAT;
 - Informes Trimestrales de Avance Físico-Financiero;
 - Bitácora Fotográfica;
 - Informe Final de Resultados;
 - Cédulas de Información de la Población Objetivo Beneficiada (CIPOB) y/o Padrón de Beneficiarios;
 - Acta Entrega de Recepción de Obras o Equipo a Municipio y/o Beneficiarios, en caso de que aplique.

Lo anterior a efecto garantizar que sean correctamente canalizados los recursos a los beneficiarios del Programa.

- h) Reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos federales presupuestarios y, en su caso, los productos financieros que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no devengados al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, en los términos que señalen las disposiciones aplicables, debiendo informar por escrito a la Dirección de Finanzas de "DIF NACIONAL" lo anterior;
- i) Conservar debidamente resguardada, durante 5 años, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que, con base en el presente Instrumento Jurídico se entregan;
- j) Presentar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de comprobación, las evidencias (bitácora fotográfica) que acrediten la finalización del "PROYECTO", el Informe final de Resultados y, en su caso, el Acta de Entrega-Recepción de Obras o equipo a municipio y/o beneficiarios;
- k) Dar seguimiento, verificar el desarrollo y ejecución de los compromisos contenidos en el objeto del presente Convenio, de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN";
- l) Promover la Contraloría Social en las localidades beneficiadas por el Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 28 de octubre de 2016;
- m) Aceptar y facilitar la realización de visitas de seguimiento y asesoría, así como proporcionar oportunamente, en tiempo y forma, la información y documentación desagregada por rubro que soliciten el "DIF NACIONAL" y/o los Órganos Fiscalizadores Federales competentes, para los efectos que dichas instancias requieran;
- n) Realizar o, en su caso, contratar la ejecución de los proyectos de servicios, Acciones y Obras que se requieran, así como supervisar las acciones, de conformidad con la normativa aplicable;
- ñ) Adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y comunicación con "DIF NACIONAL", para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos. Lo anterior, sin perjuicio de que los órganos fiscalizadores correspondientes lleven a cabo las acciones de vigilancia, control y evaluación a fin de verificar en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos contenidos en el presente Convenio;
- o) Señalar expresamente y en forma idéntica la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL", tanto en las acciones de difusión, divulgación y promoción del "PROYECTO", y
- p) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las demás aplicables conforme a la normativa nacional.

"LAS PARTES" acuerdan que para efectos de los incisos d) y f) de esta cláusula, los informes de avance o final del "PROYECTO", serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el "DIF ESTATAL" acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos, pueda ser verificada por las unidades administrativas del "DIF NACIONAL" o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

SÉPTIMA.- Con el fin de dar cumplimiento al artículo 28 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, así como al numeral 8 titulado "Transparencia" de las "REGLAS DE OPERACIÓN", "LAS PARTES" se comprometen a que la difusión y divulgación que se realice por medios impresos, electrónicos, escritos, gráficos y de cualquier otra índole inherente al Programa objeto del presente Convenio, deberá enunciar la siguiente leyenda:

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

OCTAVA.- CONTRALORÍA SOCIAL.- "LAS PARTES" promoverán la Contraloría Social como una práctica de transparencia y control de rendición de cuentas, conforme a lo dispuesto en las "REGLAS DE OPERACIÓN" y en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de octubre de 2016 y los documentos normativos de Contraloría Social autorizados por la Secretaría de la Función Pública.

NOVENA.- REPRESENTANTES DE "LAS PARTES".- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del "PROYECTO", "LAS PARTES" designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE.
"DIF ESTATAL"	MTRO. MIGUEL ÁNGEL TORRES CABELLO DIRECTOR GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO.

Los representantes Titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán tener cuando menos, el nivel jerárquico inferior siguiente al del representante Titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

DÉCIMA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS.- "DIF ESTATAL" acepta que en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el "DIF NACIONAL", atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea total o parcialmente, la entrega de los apoyos asignados al "PROYECTO".

Son causas de suspensión o cancelación, además, las siguientes:

- a) No aplique los apoyos entregados para los fines aprobados o los apliquen inadecuadamente, en cuyo caso, deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;
- b) Incumpla con la ejecución del "PROYECTO" sujeto de apoyo;
- c) No acepten la realización de visitas de supervisión, cuando así lo soliciten "DIF NACIONAL", los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados;
- d) No entregue a la Unidad de Atención a Población Vulnerable los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del "PROYECTO" dentro de los plazos establecidos;
- e) La inviabilidad del "PROYECTO", en razón de alteración o cambio en las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras;
- f) Presente información falsa sobre los conceptos de aplicación y los finiquitos de los conceptos apoyados;
- g) Con motivo de duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;
- h) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución grave de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;
- i) Cuando "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, y
- j) En general, exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las disposiciones que derivan de éstas.

"DIF ESTATAL" acepta que, ante la suspensión o cancelación de la entrega de los apoyos, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional, según corresponda, así como los intereses y rendimientos generados.

DÉCIMA PRIMERA.- CONTROL Y VIGILANCIA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes y demás autoridades, conforme al ámbito material de competencia otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del "DIF ESTATAL", a partir de la firma de este Convenio, el "DIF NACIONAL" o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de supervisión, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- TRANSPARENCIA.- "LAS PARTES", convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados al "PROYECTO"; consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de los proyectos apoyados, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales que tengan disponibles.

DÉCIMA TERCERA.- RELACIÓN LABORAL.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la parte con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará una

subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la parte por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2018, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el Convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos treinta (30) días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución, deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

DÉCIMA QUINTA.- MINISTRACIÓN DEL RECURSO.- En cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la ministración del recurso podrá otorgarse a partir de la fecha de firma del presente Convenio, hasta el día 31 de julio de 2018.

No obstante, lo anterior, "LAS PARTES" estarán sujetas a lo publicado anualmente en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente, a las disposiciones y recomendaciones hechas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las demás autoridades competentes que para tal efecto emitan.

DÉCIMA SEXTA.- VERIFICACIÓN.- Con el objeto de asegurar la efectividad del presente Convenio, "DIF ESTATAL" y "DIF NACIONAL" revisarán periódicamente su contenido y aplicación, así como también adoptarán las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requeridas para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

"LAS PARTES" convienen que "DIF ESTATAL" destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo Estatal (o su equivalente) para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos; dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la SFP. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos reasignados, para lo que del total de estos recursos se restará hasta el uno al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los Anexos de este Instrumento. Para el caso de las obras públicas ejecutadas por contrato, aplicará lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley Federal de Derechos.

La Secretaría de la Función Pública, verificará en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos del presente Instrumento.

En los términos establecidos en el artículo 82, fracciones XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el "DIF ESTATAL" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de la Entidad Federativa.

DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA OCTAVA.- DIFUSIÓN.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables de los proyectos e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DÉCIMA NOVENA.- CONTROVERSIAS.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

VIGÉSIMA.- PUBLICACIÓN.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación y 178 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el presente Convenio de Coordinación será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

Enteradas las partes de sus términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 17 días del mes de enero de 2018.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Ismael Ordóñez Hernández**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: el Director General, **Miguel Ángel Torres Cabello**.- Rúbrica.

CONVENIO de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018, Proyecto Específico denominado Acciones para el fortalecimiento del Centro de Asistencia Morelense para la Infancia, que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Morelos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES CON CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2018, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO "DIF NACIONAL", REPRESENTADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ, Y POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MORELOS, EN ADELANTE "DIF ESTATAL", REPRESENTADO POR SU DIRECTORA GENERAL, LIC. MÓNICA DURÓN RIVAS, A QUIENES, CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 25, determina que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en el artículo 26, establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.
- II. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3, señala que se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Por su parte, el artículo 4 define a los sujetos de la asistencia social.

Asimismo, la Ley de Asistencia Social, en su artículo 28, establece que el "DIF NACIONAL" será el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. De igual forma, el artículo 54, establece que el "DIF NACIONAL" promoverá la organización y participación de la comunidad para contribuir en la prestación de servicios asistenciales para el Desarrollo Integral de la Familia. La participación de la comunidad, de acuerdo con lo establecido por el artículo 55, debe estar encaminada a fortalecer su estructura y a propiciar la solidaridad de la población.

- III. En congruencia con lo anterior, con fecha 30 de diciembre de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018", en lo sucesivo referidas como las "REGLAS DE OPERACIÓN", mismas que tienen como objetivo general impulsar la instrumentación de proyectos que contribuyan a mejorar las acciones y servicios a la población vulnerable.

DECLARACIONES

I. "DIF NACIONAL" declara que:

- I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, respectivamente; teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y conforme a sus atribuciones y funciones; actúa en coordinación con Dependencias y Entidades Federales, Estatales y Municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones en la materia.
- I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones, reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo cual es su intención colaborar con el "DIF ESTATAL", para la ejecución de actividades específicas en materia de protección a personas sujetas de asistencia social.

- I.3** El Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable se encuentra facultado para la formalización del presente Instrumento Jurídico, de conformidad con los artículos 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII, así como 15, fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.
- I.4** Con fundamento en los artículos 12, fracciones I, incisos a), b), h) e i); VI, X, XI y XIV de la Ley de Asistencia Social, y 2, fracciones II, III, V, VI, XII, XIX, XXXIII y XXXVI de su Estatuto Orgánico, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.
- I.5** El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la Meta Nacional II. México Incluyente, pone énfasis en la idea de transitar hacia una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos, proponiéndose políticas sociales que giren en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa, teniendo como prioridad la integración de una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Un México Incluyente busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Asimismo, busca articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población a través de la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil, así como del fortalecimiento de la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para contribuir a garantizar su calidad de vida, mediante una mayor y mejor coordinación interinstitucional que garantice la concurrencia y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.

- I.6** En términos de los artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de Coordinación en Materia de Atención a Personas Sujetas de Asistencia Social con "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, establecer los procedimientos de coordinación en materia de atención a sujetos de asistencia social y, con ello, propiciar la planeación del desarrollo integral de esa Entidad Federativa.
- I.7** Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México.
- I.8** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SND7701134L0.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

- II.1** Es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado mediante el Decreto número 4569, publicado en el Periódico Oficial "Tierra y Libertad" del Estado de fecha 21 de noviembre de 2007.
- II.2** Tiene entre sus objetivos la prestación de servicios de asistencia social, su promoción y el incremento de las acciones coordinadas que en la materia lleven a cabo las Instituciones Públicas y Privadas.
- II.3** La Lic. Mónica Durón Rivas se encuentra facultada como Directora General, quien acredita su personalidad mediante nombramiento expedido a su favor por el Lic. Graco Luis Ramírez Garrido Abreu, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Morelos, de fecha 3 de enero de 2017, por lo que se encuentra autorizada para celebrar el presente Convenio de Coordinación.
- II.4** Entre sus atribuciones se encuentra el promover y prestar servicios de asistencia social a la población, así como la capacitación de recursos humanos para su atención.
- II.5** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SDI820427TH6.
- II.6** Señala como domicilio legal para todos los fines y efectos que se deriven del presente Convenio, el ubicado en calle Las Quintas número 15, Colonia Cantarranas, Código Postal 62448, en el Municipio de Cuernavaca, Estado de Morelos.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

- III.1** Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta a asistencia social, es su interés y voluntad suscribir el presente Convenio, en beneficio de la población vulnerable del país;

- III.2 Reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes;
- III.3 Reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación;
- III.4 Es su deseo suscribir el presente Instrumento Jurídico, concurriendo en el territorio del Estado Libre y Soberano de Morelos, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para la realización de acciones en beneficio de la población vulnerable, de acuerdo con sus respectivas disposiciones jurídicas aplicables, y
- III.5 Cuenta cada una de ellas con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 4o., 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 1, 25, fracción VI, 75, fracción II, segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3, 4, 19, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social; 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII y 15 fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016; el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El objeto del presente Convenio es la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, así como establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", para la ejecución del Proyecto específico denominado "Acciones para el fortalecimiento del Centro de Asistencia Morelense para la Infancia", en adelante el "PROYECTO", así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán como subsidios para la ejecución del mismo, en el marco de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y conforme a las especificaciones que se establecen en el formato para la identificación y validación del proyecto en mención.

SEGUNDA.- APORTACIÓN DE RECURSOS.- Con base en la suficiencia presupuestaria contenida en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, en las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN", y el número de Precompromiso SAP 1500009346, "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios que prevén las "REGLAS DE OPERACIÓN" hasta por un monto de \$239,400.00 (DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS 00/100, M.N.), que serán transferidos a más tardar el día 31 de julio del Ejercicio Fiscal 2018, en una sola exhibición.

"LAS PARTES" convienen en que el otorgamiento y fecha de radicación de dichos recursos podrá sufrir variaciones atendiendo a la disponibilidad presupuestaria.

TERCERA.- NATURALEZA DE LOS RECURSOS.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que se realizan de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter Federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones Federales que regulan su control y ejercicio.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio, estará a cargo de "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, información, así como la comprobación de la aplicación, será exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL", de conformidad con la normatividad aplicable.

Los recursos que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no se hayan devengado al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en su ejercicio, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, incluyendo rendimientos financieros e intereses por el "DIF ESTATAL", en los términos que señalen las disposiciones aplicables; "DIF ESTATAL" tiene la obligación de informar lo anterior a la Dirección de Finanzas y a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL".

CUARTA.- CUENTA BANCARIA.- Para los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", el "DIF ESTATAL" se obliga abrir de manera especial y exclusiva una cuenta bancaria productiva para la administración de los recursos federales materia del presente Instrumento Jurídico, a través de su Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa, con el fin de que distinga contablemente su origen e identifique

que las erogaciones correspondan a los fines del Proyecto Anual de Trabajo o documento según se trate, de conformidad con lo señalado en el Quinto párrafo del artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa deberá de emitir el recibo correspondiente al ingreso de los recursos transferidos por el "DIF NACIONAL", el día que se reciba, mismo que deberá remitirse al Organismo a más tardar en los cinco (5) días hábiles posteriores a satisfacción de "DIF NACIONAL", y en congruencia con lo dispuesto, tanto en las "REGLAS DE OPERACIÓN", como en el presente Convenio.

COMPROMISOS DE "LAS PARTES"

QUINTA.- "DIF NACIONAL" se compromete a realizar las acciones siguientes:

- a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la Cláusula Segunda de este Convenio, previo cumplimiento del "DIF ESTATAL" de las obligaciones a su cargo, referidas en la Cláusula Cuarta de este Convenio;
- b) Otorgar la asesoría y orientación al "DIF ESTATAL" cuando éste se la solicite, y
- c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN".

SEXTA.- "DIF ESTATAL" se compromete a:

- a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio, se realicen de acuerdo a lo señalado en las disposiciones de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y demás normativa aplicable;
- b) Aplicar en su totalidad, los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines del "PROYECTO", así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestarios;
- c) Celebrar convenios y/o acuerdos con los Gobiernos de los Municipios de la Entidad Federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades objeto de este Convenio;
- d) Presentar los informes de Avance Físico-Financiero a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL" a más tardar durante los primeros cinco (5) días naturales posteriores a la terminación del trimestre que se reporta. Los informes deberán ser acompañados con la justificación de las variaciones entre la meta de cobertura programada y la alcanzada, así como entre el presupuesto autorizado, el modificado y el ejercido y, en su caso, el reporte de las medidas de ahorro, austeridad y eficiencia aplicadas durante el periodo que se informe;
- e) Presentar a "DIF NACIONAL" la información necesaria para el informe de Cuenta Pública de los apoyos a que se refiere el presente Convenio, con base en los formatos y lineamientos que en su oportunidad le dé a conocer el "DIF NACIONAL";
- f) Entregar a "DIF NACIONAL" el informe final sobre los resultados y alcances obtenidos en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, de forma física y electrónica a la Unidad de Atención a Población Vulnerable después de concluido el objeto del presente Convenio a los cinco (5) días naturales posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2018, y
- g) Entregar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de Comprobación de Gastos, debidamente firmados y rubricados por la Instancia Ejecutora consistentes en:
 - Relación de Gastos, con la copia legible de los comprobantes fiscales (facturas y/o fichas de depósito de reintegro en caso de que no sean ejercidos los recursos parcial o totalmente);
 - Documento de verificación de los comprobantes fiscales emitido por el SAT;
 - Informes Trimestrales de Avance Físico-Financiero;
 - Bitácora Fotográfica;
 - Informe Final de Resultados;
 - Cédulas de Información de la Población Objetivo Beneficiada (CIPOB) y/o Padrón de Beneficiarios;
 - Acta Entrega de Recepción de Obras o Equipo a Municipio y/o Beneficiarios, en caso de que aplique.

Lo anterior a efecto garantizar que sean correctamente canalizados los recursos a los beneficiarios del Programa.

- h) Reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos federales presupuestarios y, en su caso, los productos financieros que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no devengados al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, en los términos que señalen las disposiciones aplicables, debiendo informar por escrito a la Dirección de Finanzas de "DIF NACIONAL" lo anterior;
- i) Conservar debidamente resguardada, durante 5 años, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que, con base en el presente Instrumento Jurídico se entregan;
- j) Presentar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de comprobación, las evidencias (bitácora fotográfica) que acrediten la finalización del "PROYECTO", el Informe final de Resultados y, en su caso, el Acta de Entrega-Recepción de Obras o equipo a municipio y/o beneficiarios;
- k) Dar seguimiento, verificar el desarrollo y ejecución de los compromisos contenidos en el objeto del presente Convenio, de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN";
- l) Promover la Contraloría Social en las localidades beneficiadas por el Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 28 de octubre de 2016;
- m) Aceptar y facilitar la realización de visitas de seguimiento y asesoría, así como proporcionar oportunamente, en tiempo y forma, la información y documentación desagregada por rubro que soliciten el "DIF NACIONAL" y/o los Órganos Fiscalizadores Federales competentes, para los efectos que dichas instancias requieran;
- n) Realizar o, en su caso, contratar la ejecución de los proyectos de servicios, Acciones y Obras que se requieran, así como supervisar las acciones, de conformidad con la normativa aplicable;
- ñ) Adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y comunicación con "DIF NACIONAL", para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos. Lo anterior, sin perjuicio de que los órganos fiscalizadores correspondientes lleven a cabo las acciones de vigilancia, control y evaluación a fin de verificar en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos contenidos en el presente Convenio;
- o) Señalar expresamente y en forma idéntica la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL", tanto en las acciones de difusión, divulgación y promoción del "PROYECTO", y
- p) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las demás aplicables conforme a la normativa nacional.

"LAS PARTES" acuerdan que para efectos de los incisos d) y f) de esta cláusula, los informes de avance o final del "PROYECTO", serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el "DIF ESTATAL" acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos, pueda ser verificada por las unidades administrativas del "DIF NACIONAL" o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

SÉPTIMA.- Con el fin de dar cumplimiento al artículo 28 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, así como al numeral 8 titulado "Transparencia" de las "REGLAS DE OPERACIÓN", "LAS PARTES" se comprometen a que la difusión y divulgación que se realice por medios impresos, electrónicos, escritos, gráficos y de cualquier otra índole inherente al Programa objeto del presente Convenio, deberá enunciar la siguiente leyenda:

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

OCTAVA.- CONTRALORÍA SOCIAL.- "LAS PARTES" promoverán la Contraloría Social como una práctica de transparencia y control de rendición de cuentas, conforme a lo dispuesto en las "REGLAS DE OPERACIÓN" y en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de octubre de 2016 y los documentos normativos de Contraloría Social autorizados por la Secretaría de la Función Pública.

NOVENA.- REPRESENTANTES DE "LAS PARTES".- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del "PROYECTO", "LAS PARTES" designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE.
"DIF ESTATAL"	LIC. MÓNICA DURÓN RIVAS DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MORELOS.

Los representantes Titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán tener cuando menos, el nivel jerárquico inferior siguiente al del representante Titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

DÉCIMA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS.- "DIF ESTATAL" acepta que en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el "DIF NACIONAL", atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea total o parcialmente, la entrega de los apoyos asignados al "PROYECTO".

Son causas de suspensión o cancelación, además, las siguientes:

- a) No aplique los apoyos entregados para los fines aprobados o los apliquen inadecuadamente, en cuyo caso, deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;
- b) Incumpla con la ejecución del "PROYECTO" sujeto de apoyo;
- c) No acepten la realización de visitas de supervisión, cuando así lo soliciten "DIF NACIONAL", los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados;
- d) No entregue a la Unidad de Atención a Población Vulnerable los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del "PROYECTO" dentro de los plazos establecidos;
- e) La inviabilidad del "PROYECTO", en razón de alteración o cambio en las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras;
- f) Presente información falsa sobre los conceptos de aplicación y los finiquitos de los conceptos apoyados;
- g) Con motivo de duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;
- h) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución grave de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;
- i) Cuando "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, y
- j) En general, exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las disposiciones que derivan de éstas.

"DIF ESTATAL" acepta que, ante la suspensión o cancelación de la entrega de los apoyos, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional, según corresponda, así como los intereses y rendimientos generados.

DÉCIMA PRIMERA.- CONTROL Y VIGILANCIA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes y demás autoridades, conforme al ámbito material de competencia otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del "DIF ESTATAL", a partir de la firma de este Convenio, el "DIF NACIONAL" o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de supervisión, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- TRANSPARENCIA.- "LAS PARTES" convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados al "PROYECTO"; consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de los proyectos apoyados, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales que tengan disponibles.

DÉCIMA TERCERA.- RELACIÓN LABORAL.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la parte con la cual tiene establecida su

relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la parte por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2018, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el Convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos treinta (30) días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución, deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

DÉCIMA QUINTA.- MINISTRACIÓN DEL RECURSO.- En cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la ministración del recurso podrá otorgarse a partir de la fecha de firma del presente Convenio, hasta el día 31 de julio de 2018.

No obstante, lo anterior, "LAS PARTES" estarán sujetas a lo publicado anualmente en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente, a las disposiciones y recomendaciones hechas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las demás autoridades competentes que para tal efecto emitan.

DÉCIMA SEXTA.- VERIFICACIÓN.- Con el objeto de asegurar la efectividad del presente Convenio, "DIF ESTATAL" y "DIF NACIONAL" revisarán periódicamente su contenido y aplicación, así como también adoptarán las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requeridas para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

"LAS PARTES" convienen que "DIF ESTATAL" destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo Estatal (o su equivalente) para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos; dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la Secretaría de la Función Pública. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos reasignados, para lo que del total de estos recursos se restará hasta el uno al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los Anexos de este Instrumento. Para el caso de las obras públicas ejecutadas por contrato, aplicará lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley Federal de Derechos.

La Secretaría de la Función Pública verificará en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos del presente Instrumento.

En los términos establecidos en el artículo 82, fracciones XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el "DIF ESTATAL" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de la Entidad Federativa.

DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA OCTAVA.- DIFUSIÓN.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables de los proyectos e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DÉCIMA NOVENA.- CONTROVERSIAS.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

VIGÉSIMA.- PUBLICACIÓN.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación y 178 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el presente Convenio de Coordinación será publicado en el Diario

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa".

Enteradas las partes de sus términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 15 días del mes de enero de 2018.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Ismael Ordóñez Hernández**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: la Directora General, **Mónica Durón Rivas**.- Rúbrica.

CONVENIO de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018, Proyecto Específico denominado Acciones para el fortalecimiento de Centros Asistenciales en Quintana Roo, que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Quintana Roo.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES CON CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2018, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO “DIF NACIONAL”, REPRESENTADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, MTRO ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ Y, POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, EN ADELANTE “DIF ESTATAL”, REPRESENTADO POR SU DIRECTORA GENERAL, LIC. MARÍA ELBA ELIZABETH CARRANZA AGUIRRE, A QUIENES, CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES”, DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS;

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 25, determina que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en el artículo 26, establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.
- II. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3 señala que se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Por su parte, el artículo 4 define a los sujetos de la asistencia social.

Asimismo, la Ley de Asistencia Social, en su artículo 28, establece que el “DIF NACIONAL” será el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. De igual forma, el artículo 54, establece que el “DIF NACIONAL” promoverá la organización y participación de la comunidad para contribuir en la prestación de servicios asistenciales para el Desarrollo Integral de la Familia. La participación de la comunidad, de acuerdo con lo establecido por el artículo 55, debe estar encaminada a fortalecer su estructura y a propiciar la solidaridad de la población.

- III. En congruencia con lo anterior, con fecha 30 de diciembre de 2017 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018”, en lo sucesivo referidas como las “REGLAS DE OPERACIÓN”, mismas que tienen como objetivo general impulsar la instrumentación de proyectos que contribuyan a mejorar las acciones y servicios a la población vulnerable.

DECLARACIONES

I. “DIF NACIONAL” declara que:

- I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, respectivamente; teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y conforme a sus atribuciones y funciones; actúa en coordinación con Dependencias y Entidades Federales, Estatales y Municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones en la materia.
- I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones, reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo cual es su intención colaborar con el “DIF ESTATAL”, para la ejecución de actividades específicas en materia de protección a personas sujetas de asistencia social.

- I.3** El Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable se encuentra facultado para la formalización del presente Instrumento Jurídico, de conformidad con los artículos 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII, así como 15, fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.
- I.4** Con fundamento en los artículos 12, fracciones I, incisos a), b), h) e i); VI, X, XI y XIV de la Ley de Asistencia Social, y 2, fracciones II, III, V, VI, XII, XIX, XXXIII y XXXVI de su Estatuto Orgánico, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.
- I.5** El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la Meta Nacional II. México Incluyente, pone énfasis en la idea de transitar hacia una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos, proponiéndose políticas sociales que giren en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa, teniendo como prioridad la integración de una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Un México Incluyente busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Asimismo, busca articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población a través de la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil, así como del fortalecimiento de la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para contribuir a garantizar su calidad de vida, mediante una mayor y mejor coordinación interinstitucional que garantice la concurrencia y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.

- I.6** En términos de los artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de Coordinación en Materia de Atención a Personas Sujetas de Asistencia Social con "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, establecer los procedimientos de coordinación en materia de atención a sujetos de asistencia social y, con ello, propiciar la planeación del desarrollo integral de esa Entidad Federativa.
- I.7** Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México.
- I.8** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SND7701134L0.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

- II.1** Es un Organismo Público Descentralizado de interés social del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado mediante el Decreto número 18, publicado en el Periódico Oficial del Estado de fecha 15 de enero de 1985.
- II.2** Tiene entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como procurar la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas y privadas.
- II.3** La Lic. María Elba Elizabeth Carranza Aguirre, en su calidad de Directora General, acredita su personalidad con nombramiento de fecha 25 de septiembre de 2016, suscrito por el C.P. Carlos Manuel Joaquín González, Gobernador del Estado de Quintana Roo, por lo que se encuentra facultada para celebrar el presente Convenio de Coordinación.
- II.4** Entre sus atribuciones se encuentra el promover y prestar servicios de asistencia social a la población, así como la capacitación de recursos humanos para su atención.
- II.5** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SDI850828SX9.
- II.6** Señala como domicilio legal para todos los fines y efectos que se deriven del presente Convenio, el ubicado en Avenida Adolfo López Mateos 441, Campestre Cd. Chetumal, Quintana Roo, Código Postal 77030.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

- III.1** Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta a asistencia social, es su interés y voluntad suscribir el presente Convenio, en beneficio de la población vulnerable del país;

- III.2 Reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes;
- III.3 Reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación;
- III.4 Es su deseo suscribir el presente Instrumento Jurídico, concurriendo en el territorio del Estado de Quintana Roo, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para la realización de acciones en beneficio de la población vulnerable, de acuerdo con sus respectivas disposiciones jurídicas aplicables, y
- III.5 Cuenta cada una de ellas con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 4o., 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 1, 25, fracción VI, 75, fracción II, segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3, 4, 19, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social; 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII y 15 fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016; el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El objeto del presente Convenio es la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, así como establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", para la ejecución del Proyecto específico denominado "Acciones para el fortalecimiento de Centros Asistenciales en Quintana Roo", en adelante el "PROYECTO", así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán como subsidios para la ejecución del mismo, en el marco de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y conforme a las especificaciones que se establecen en el formato para la identificación y validación del proyecto en mención.

SEGUNDA.- APORTACIÓN DE RECURSOS.- Con base en la suficiencia presupuestaria contenida en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, en las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN", y el número de Precompromiso SAP 1500009348, "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios que prevén las "REGLAS DE OPERACIÓN" hasta por un monto de \$1'988,274.97 (UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 97/100, M.N.), que serán transferidos a más tardar el día 31 de julio del Ejercicio Fiscal 2018, en una sola exhibición.

"LAS PARTES" convienen en que el otorgamiento y fecha de radicación de dichos recursos podrá sufrir variaciones atendiendo a la disponibilidad presupuestaria.

TERCERA.- NATURALEZA DE LOS RECURSOS.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que se realizan de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter Federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones Federales que regulan su control y ejercicio.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio, estará a cargo de "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, información, así como la comprobación de la aplicación, será exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL", de conformidad con la normatividad aplicable.

Los recursos que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no se hayan devengado al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en su ejercicio, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, incluyendo rendimientos financieros e intereses por el "DIF ESTATAL", en los términos que señalen las disposiciones aplicables; "DIF ESTATAL" tiene la obligación de informar lo anterior a la Dirección de Finanzas y a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL".

CUARTA.- CUENTA BANCARIA.- Para los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", el "DIF ESTATAL" se obliga abrir de manera especial y exclusiva una cuenta bancaria productiva para la administración de los recursos federales materia del presente Instrumento Jurídico, a través de su Secretaría de

Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa, con el fin de que distinga contablemente su origen e identifique que las erogaciones correspondan a los fines del Proyecto Anual de Trabajo o documento según se trate, de conformidad con lo señalado en el Quinto párrafo del artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa deberá de emitir el recibo correspondiente al ingreso de los recursos transferidos por el "DIF NACIONAL", el día que se reciba, mismo que deberá remitirse al Organismo a más tardar en los cinco (5) días hábiles posteriores a satisfacción de "DIF NACIONAL", y en congruencia con lo dispuesto, tanto en las "REGLAS DE OPERACIÓN", como en el presente Convenio.

COMPROMISOS DE "LAS PARTES"

QUINTA.- "DIF NACIONAL" se compromete a realizar las acciones siguientes:

- a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la Cláusula Segunda de este Convenio, previo cumplimiento del "DIF ESTATAL" de las obligaciones a su cargo, referidas en la Cláusula Cuarta de este Convenio;
- b) Otorgar la asesoría y orientación al "DIF ESTATAL" cuando éste se la solicite, y
- c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN".

SEXTA.- "DIF ESTATAL" se compromete a:

- a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio, se realicen de acuerdo a lo señalado en las disposiciones de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y demás normativa aplicable;
- b) Aplicar en su totalidad, los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines del "PROYECTO", así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestarios;
- c) Celebrar convenios y/o acuerdos con los Gobiernos de los Municipios de la Entidad Federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades objeto de este Convenio;
- d) Presentar los informes de Avance Físico-Financiero a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL" a más tardar durante los primeros cinco (5) días naturales posteriores a la terminación del trimestre que se reporta. Los informes deberán ser acompañados con la justificación de las variaciones entre la meta de cobertura programada y la alcanzada, así como entre el presupuesto autorizado, el modificado y el ejercido y, en su caso, el reporte de las medidas de ahorro, austeridad y eficiencia aplicadas durante el periodo que se informe;
- e) Presentar a "DIF NACIONAL" la información necesaria para el informe de Cuenta Pública de los apoyos a que se refiere el presente Convenio, con base en los formatos y lineamientos que en su oportunidad le dé a conocer el "DIF NACIONAL";
- f) Entregar a "DIF NACIONAL" el informe final sobre los resultados y alcances obtenidos en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, de forma física y electrónica a la Unidad de Atención a Población Vulnerable después de concluido el objeto del presente Convenio a los cinco (5) días naturales posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2018, y
- g) Entregar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de Comprobación de Gastos, debidamente firmados y rubricados por la Instancia Ejecutora consistentes en:
 - Relación de Gastos, con la copia legible de los comprobantes fiscales (facturas y/o fichas de depósito de reintegro en caso de que no sean ejercidos los recursos parcial o totalmente);
 - Documento de verificación de los comprobantes fiscales emitido por el SAT;
 - Informes Trimestrales de Avance Físico-Financiero;
 - Bitácora Fotográfica;
 - Informe Final de Resultados;
 - Cédulas de Información de la Población Objetivo Beneficiada (CIPOB) y/o Padrón de Beneficiarios;
 - Acta Entrega de Recepción de Obras o Equipo a Municipio y/o Beneficiarios, en caso de que aplique.

Lo anterior a efecto garantizar que sean correctamente canalizados los recursos a los beneficiarios del Programa.

- h) Reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos federales presupuestarios y, en su caso, los productos financieros que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no devengados al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, en los términos que señalen las disposiciones aplicables, debiendo informar por escrito a la Dirección de Finanzas de "DIF NACIONAL" lo anterior;
- i) Conservar debidamente resguardada, durante 5 años, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que, con base en el presente Instrumento Jurídico se entregan;
- j) Presentar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de comprobación, las evidencias (bitácora fotográfica) que acrediten la finalización del "PROYECTO", el Informe final de Resultados y, en su caso, el Acta de Entrega-Recepción de Obras o equipo a municipio y/o beneficiarios;
- k) Dar seguimiento, verificar el desarrollo y ejecución de los compromisos contenidos en el objeto del presente Convenio, de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN";
- l) Promover la Contraloría Social en las localidades beneficiadas por el Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 28 de octubre de 2016;
- m) Aceptar y facilitar la realización de visitas de seguimiento y asesoría, así como proporcionar oportunamente, en tiempo y forma, la información y documentación desagregada por rubro que soliciten el "DIF NACIONAL" y/o los Órganos Fiscalizadores Federales competentes, para los efectos que dichas instancias requieran;
- n) Realizar o, en su caso, contratar la ejecución de los proyectos de servicios, Acciones y Obras que se requieran, así como supervisar las acciones, de conformidad con la normativa aplicable;
- ñ) Adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y comunicación con "DIF NACIONAL", para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos. Lo anterior, sin perjuicio de que los órganos fiscalizadores correspondientes lleven a cabo las acciones de vigilancia, control y evaluación a fin de verificar en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos contenidos en el presente Convenio;
- o) Señalar expresamente y en forma idéntica la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL", tanto en las acciones de difusión, divulgación y promoción del "PROYECTO", y
- p) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las demás aplicables conforme a la normativa nacional.

"LAS PARTES" acuerdan que para efectos de los incisos d) y f) de esta cláusula, los informes de avance o final del "PROYECTO", serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el "DIF ESTATAL" acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos, pueda ser verificada por las unidades administrativas del "DIF NACIONAL" o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

SÉPTIMA.- Con el fin de dar cumplimiento al artículo 28 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, así como al numeral 8 titulado "Transparencia" de las "REGLAS DE OPERACIÓN", "LAS PARTES" se comprometen a que la difusión y divulgación que se realice por medios impresos, electrónicos, escritos, gráficos y de cualquier otra índole inherente al Programa objeto del presente Convenio, deberá enunciar la siguiente leyenda:

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

OCTAVA.- CONTRALORÍA SOCIAL.- "LAS PARTES" promoverán la Contraloría Social como una práctica de transparencia y control de rendición de cuentas, conforme a lo dispuesto en las "REGLAS DE OPERACIÓN" y en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de octubre de 2016 y los documentos normativos de Contraloría Social autorizados por la Secretaría de la Función Pública.

NOVENA.- REPRESENTANTES DE “LAS PARTES”.- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del “PROYECTO”, “LAS PARTES” designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE
"DIF ESTATAL"	LIC. MARÍA ELBA ELIZABETH CARRANZA AGUIRRE DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

Los representantes Titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán tener cuando menos, el nivel jerárquico inferior siguiente al del representante Titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

DÉCIMA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS.- “DIF ESTATAL” acepta que en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el “DIF NACIONAL”, atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea total o parcialmente, la entrega de los apoyos asignados al “PROYECTO”.

Son causas de suspensión o cancelación, además, las siguientes:

- a) No aplique los apoyos entregados para los fines aprobados o los apliquen inadecuadamente, en cuyo caso, deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;
- b) Incumpla con la ejecución del “PROYECTO” sujeto de apoyo;
- c) No acepten la realización de visitas de supervisión, cuando así lo soliciten “DIF NACIONAL”, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados;
- d) No entregue a la Unidad de Atención a Población Vulnerable los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del “PROYECTO” dentro de los plazos establecidos;
- e) La inviabilidad del “PROYECTO”, en razón de alteración o cambio en las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras;
- f) Presente información falsa sobre los conceptos de aplicación y los finiquitos de los conceptos apoyados;
- g) Con motivo de duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;
- h) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución grave de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;
- i) Cuando “DIF NACIONAL” o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, y
- j) En general, exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio, las “REGLAS DE OPERACIÓN” y las disposiciones que derivan de éstas.

“DIF ESTATAL” acepta que, ante la suspensión o cancelación de la entrega de los apoyos, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional, según corresponda, así como los intereses y rendimientos generados.

DÉCIMA PRIMERA.- CONTROL Y VIGILANCIA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes y demás autoridades, conforme al ámbito material de competencia otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del “DIF ESTATAL”, a partir de la firma de este Convenio, el “DIF NACIONAL” o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de supervisión, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- TRANSPARENCIA.- “LAS PARTES” convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados al “PROYECTO”; consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de los proyectos apoyados, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales que tengan disponibles.

DÉCIMA TERCERA.- RELACIÓN LABORAL.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la parte con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la parte por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2018, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el Convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos treinta (30) días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución, deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

DÉCIMA QUINTA.- MINISTRACIÓN DEL RECURSO.- En cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la ministración del recurso podrá otorgarse a partir de la fecha de firma del presente Convenio, hasta el día 31 de julio de 2018.

No obstante, lo anterior, "LAS PARTES" estarán sujetas a lo publicado anualmente en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente, a las disposiciones y recomendaciones hechas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las demás autoridades competentes que para tal efecto emitan.

DÉCIMA SEXTA.- VERIFICACIÓN.- Con el objeto de asegurar la efectividad del presente Convenio, "DIF ESTATAL" y "DIF NACIONAL" revisarán periódicamente su contenido y aplicación, así como también adoptarán las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requeridas para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

Las partes convienen que "DIF ESTATAL" destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo Estatal (o su equivalente) para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos; dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la Secretaría de la Función Pública. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos reasignados, para lo que del total de estos recursos se restará hasta el uno al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los Anexos de este instrumento. Para el caso de las obras públicas ejecutadas por contrato, aplicará lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley Federal de Derechos.

La Secretaría de la Función Pública verificará en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos del presente instrumento.

En los términos establecidos en el artículo 82, fracciones XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el "DIF ESTATAL" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de la Entidad Federativa.

DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA OCTAVA.- DIFUSIÓN.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables de los proyectos e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DÉCIMA NOVENA.- CONTROVERSIAS.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

VIGÉSIMA.- PUBLICACIÓN.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación y 178 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el presente Convenio de Coordinación será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa"

Enteradas las partes de sus términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 17 días del mes de enero de 2018.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Ismael Ordóñez Hernández**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: la Directora General, **María Elba Elizabeth Carranza Aguirre**.- Rúbrica.

CONVENIO de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018, Proyecto Específico denominado Fortalecimiento de la atención a la población en situación de vulnerabilidad en el DIF Tamaulipas, que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tamaulipas.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES CON CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2018, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO "DIF NACIONAL", REPRESENTADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ Y, POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE TAMAULIPAS, EN ADELANTE "DIF ESTATAL", REPRESENTADO POR SU DIRECTORA GENERAL, LIC. OMEHEIRA LÓPEZ REYNA, A QUIENES, CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 25, determina que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en el artículo 26, establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.
- II. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3, señala que se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Por su parte, el artículo 4 define a los sujetos de la asistencia social.

Asimismo, la Ley de Asistencia Social, en su artículo 28, establece que el "DIF NACIONAL" será el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. De igual forma, el artículo 54, establece que el "DIF NACIONAL" promoverá la organización y participación de la comunidad para contribuir en la prestación de servicios asistenciales para el Desarrollo Integral de la Familia. La participación de la comunidad, de acuerdo con lo establecido por el artículo 55, debe estar encaminada a fortalecer su estructura y a propiciar la solidaridad de la población.

- III. En congruencia con lo anterior, con fecha 30 de diciembre de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018", en lo sucesivo referidas como las "REGLAS DE OPERACIÓN", mismas que tienen como objetivo general impulsar la instrumentación de proyectos que contribuyan a mejorar las acciones y servicios a la población vulnerable.

DECLARACIONES

I. "DIF NACIONAL" declara que:

- I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, respectivamente; teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y conforme a sus atribuciones y funciones; actúa en coordinación con Dependencias y Entidades Federales, Estatales y Municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones en la materia.
- I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones, reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo cual es su intención colaborar con el "DIF ESTATAL", para la ejecución de actividades específicas en materia de protección a personas sujetas de asistencia social.

- I.3** El Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable se encuentra facultado para la formalización del presente Instrumento Jurídico, de conformidad con los artículos 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII, así como 15, fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.
- I.4** Con fundamento en los artículos 12, fracciones I, incisos a), b), h) e i); VI, X, XI y XIV de la Ley de Asistencia Social, y 2, fracciones II, III, V, VI, XII, XIX, XXXIII y XXXVI de su Estatuto Orgánico, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.
- I.5** El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la Meta Nacional II. México Incluyente, pone énfasis en la idea de transitar hacia una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos, proponiéndose políticas sociales que giren en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa, teniendo como prioridad la integración de una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Un México Incluyente busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Asimismo, busca articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población a través de la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil, así como del fortalecimiento de la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para contribuir a garantizar su calidad de vida, mediante una mayor y mejor coordinación interinstitucional que garantice la concurrencia y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.

- I.6** En términos de los artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de Coordinación en Materia de Atención a Personas Sujetas de Asistencia Social con "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, establecer los procedimientos de coordinación en materia de atención a sujetos de asistencia social y, con ello, propiciar la planeación del desarrollo integral de esa Entidad Federativa.
- I.7** Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México.
- I.8** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SND7701134L0.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

- II.1** Es un Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado mediante el Decreto número 21, publicado en el Periódico Oficial del Estado de fecha 12 de marzo de 1977.
- II.2** Tiene entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como procurar la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas y privadas.
- II.3** La Lic. Omeheira López Reyna en su calidad de Directora General acredita su personalidad con nombramiento de fecha 1 de octubre de 2016 suscrito por el Lic. Francisco Javier García Cabeza de Vaca, Gobernador Constitucional del Estado de Tamaulipas, por lo que se encuentra facultada para celebrar el presente Convenio de Coordinación.
- II.4** Entre sus atribuciones se encuentra el promover y prestar servicios de asistencia social a la población, así como la capacitación de recursos humanos para su atención.
- II.5** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SDI77030747A.
- II.6** Señala como domicilio legal para todos los fines y efectos que se deriven del presente Convenio, el ubicado en Calzada Gral. Luis Caballero 297, Tamatán, Cd. Victoria Tamaulipas, Úrsulo Galván y Río San Juan Victoria Tamaulipas, Código Postal 87060.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

- III.1** Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta a asistencia social, es su interés y voluntad suscribir el presente Convenio, en beneficio de la población vulnerable del país;

- III.2** Reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes;
- III.3** Reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación;
- III.4** Es su deseo suscribir el presente Instrumento Jurídico, concurriendo en el territorio del Estado de Tamaulipas, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para la realización de acciones en beneficio de la población vulnerable, de acuerdo con sus respectivas disposiciones jurídicas aplicables, y
- III.5** Cuenta cada una de ellas con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 4o., 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 1, 25, fracción VI, 75, fracción II, segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3, 4, 19, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social; 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII y 15 fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016; el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El objeto del presente Convenio es la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, así como establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", para la ejecución del Proyecto específico denominado "Fortalecimiento de la atención a la población en situación de vulnerabilidad en el DIF Tamaulipas", en adelante el "PROYECTO", así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán como subsidios para la ejecución del mismo, en el marco de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y conforme a las especificaciones que se establecen en el formato para la identificación y validación del proyecto en mención.

SEGUNDA.- APORTACIÓN DE RECURSOS.- Con base en la suficiencia presupuestaria contenida en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, en las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN", y el número de Precompromiso SAP 1500009350, "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios que prevén las "REGLAS DE OPERACIÓN" hasta por un monto de \$3'857,090.54 (TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVENTA PESOS 54/100, M.N.), que serán transferidos a más tardar el día 31 de julio del Ejercicio Fiscal 2018, en una sola exhibición.

"LAS PARTES" convienen en que el otorgamiento y fecha de radicación de dichos recursos podrá sufrir variaciones atendiendo a la disponibilidad presupuestaria.

TERCERA.- NATURALEZA DE LOS RECURSOS.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que se realizan de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter Federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones Federales que regulan su control y ejercicio.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio, estará a cargo de "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, información, así como la comprobación de la aplicación, será exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL", de conformidad con la normatividad aplicable.

Los recursos que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no se hayan devengado al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en su ejercicio, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, incluyendo rendimientos financieros e intereses por el "DIF ESTATAL", en los términos que señalen las disposiciones aplicables; "DIF ESTATAL" tiene la obligación de informar lo anterior a la Dirección de Finanzas y a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL".

CUARTA.- CUENTA BANCARIA.- Para los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", el "DIF ESTATAL" se obliga abrir de manera especial y exclusiva una cuenta bancaria productiva para la administración de los recursos federales materia del presente Instrumento Jurídico, a través de su Secretaría de Finanzas

o su equivalente en la Entidad Federativa, con el fin de que distinga contablemente su origen e identifique que las erogaciones correspondan a los fines del Proyecto Anual de Trabajo o documento según se trate, de conformidad con lo señalado en el Quinto párrafo del artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa deberá de emitir el recibo correspondiente al ingreso de los recursos transferidos por el "DIF NACIONAL", el día que se reciba, mismo que deberá remitirse al Organismo a más tardar en los cinco (5) días hábiles posteriores a satisfacción de "DIF NACIONAL", y en congruencia con lo dispuesto, tanto en las "REGLAS DE OPERACIÓN", como en el presente Convenio.

COMPROMISOS DE "LAS PARTES"

QUINTA.- "DIF NACIONAL" se compromete a realizar las acciones siguientes:

- a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la Cláusula Segunda de este Convenio, previo cumplimiento del "DIF ESTATAL" de las obligaciones a su cargo, referidas en la Cláusula Cuarta de este Convenio;
- b) Otorgar la asesoría y orientación al "DIF ESTATAL" cuando éste se la solicite, y
- c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN".

SEXTA.- "DIF ESTATAL" se compromete a:

- a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio, se realicen de acuerdo a lo señalado en las disposiciones de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y demás normativa aplicable;
- b) Aplicar en su totalidad, los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines del "PROYECTO", así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestarios;
- c) Celebrar convenios y/o acuerdos con los Gobiernos de los Municipios de la Entidad Federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades objeto de este Convenio;
- d) Presentar los informes de Avance Físico-Financiero a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL" a más tardar durante los primeros cinco (5) días naturales posteriores a la terminación del trimestre que se reporta. Los informes deberán ser acompañados con la justificación de las variaciones entre la meta de cobertura programada y la alcanzada, así como entre el presupuesto autorizado, el modificado y el ejercido y, en su caso, el reporte de las medidas de ahorro, austeridad y eficiencia aplicadas durante el periodo que se informe;
- e) Presentar a "DIF NACIONAL" la información necesaria para el informe de Cuenta Pública de los apoyos a que se refiere el presente Convenio, con base en los formatos y lineamientos que en su oportunidad le dé a conocer el "DIF NACIONAL";
- f) Entregar a "DIF NACIONAL" el informe final sobre los resultados y alcances obtenidos en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, de forma física y electrónica a la Unidad de Atención a Población Vulnerable después de concluido el objeto del presente Convenio a los cinco (5) días naturales posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2018, y
- g) Entregar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de Comprobación de Gastos, debidamente firmados y rubricados por la Instancia Ejecutora consistentes en:
 - Relación de Gastos, con la copia legible de los comprobantes fiscales (facturas y/o fichas de depósito de reintegro en caso de que no sean ejercidos los recursos parcial o totalmente);
 - Documento de verificación de los comprobantes fiscales emitido por el SAT;
 - Informes Trimestrales de Avance Físico-Financiero;
 - Bitácora Fotográfica;
 - Informe Final de Resultados;
 - Cédulas de Información de la Población Objetivo Beneficiada (CIPOB) y/o Padrón de Beneficiarios;
 - Acta Entrega de Recepción de Obras o Equipo a Municipio y/o Beneficiarios, en caso de que aplique.

Lo anterior a efecto garantizar que sean correctamente canalizados los recursos a los beneficiarios del Programa.

- h) Reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos federales presupuestarios y, en su caso, los productos financieros que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no devengados al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, en los términos que señalen las disposiciones aplicables, debiendo informar por escrito a la Dirección de Finanzas de "DIF NACIONAL" lo anterior;
- i) Conservar debidamente resguardada, durante 5 años, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que, con base en el presente Instrumento Jurídico se entregan;
- j) Presentar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de comprobación, las evidencias (bitácora fotográfica) que acrediten la finalización del "PROYECTO", el Informe final de Resultados y, en su caso, el Acta de Entrega-Recepción de Obras o equipo a municipio y/o beneficiarios;
- k) Dar seguimiento, verificar el desarrollo y ejecución de los compromisos contenidos en el objeto del presente Convenio, de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN";
- l) Promover la Contraloría Social en las localidades beneficiadas por el Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 28 de octubre de 2016;
- m) Aceptar y facilitar la realización de visitas de seguimiento y asesoría, así como proporcionar oportunamente, en tiempo y forma, la información y documentación desagregada por rubro que soliciten el "DIF NACIONAL" y/o los Órganos Fiscalizadores Federales competentes, para los efectos que dichas instancias requieran;
- n) Realizar o, en su caso, contratar la ejecución de los proyectos de servicios, Acciones y Obras que se requieran, así como supervisar las acciones, de conformidad con la normativa aplicable;
- ñ) Adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y comunicación con "DIF NACIONAL", para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos. Lo anterior, sin perjuicio de que los órganos fiscalizadores correspondientes lleven a cabo las acciones de vigilancia, control y evaluación a fin de verificar en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos contenidos en el presente Convenio;
- o) Señalar expresamente y en forma idéntica la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL", tanto en las acciones de difusión, divulgación y promoción del "PROYECTO", y
- p) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las demás aplicables conforme a la normativa nacional.

"LAS PARTES" acuerdan que para efectos de los incisos d) y f) de esta cláusula, los informes de avance o final del "PROYECTO", serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el "DIF ESTATAL" acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos, pueda ser verificada por las unidades administrativas del "DIF NACIONAL" o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

SÉPTIMA.- Con el fin de dar cumplimiento al artículo 28 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, así como al numeral 8 titulado "Transparencia" de las "REGLAS DE OPERACIÓN", "LAS PARTES" se comprometen a que la difusión y divulgación que se realice por medios impresos, electrónicos, escritos, gráficos y de cualquier otra índole inherente al Programa objeto del presente Convenio, deberá enunciar la siguiente leyenda:

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

OCTAVA.- CONTRALORÍA SOCIAL.- "LAS PARTES" promoverán la Contraloría Social como una práctica de transparencia y control de rendición de cuentas, conforme a lo dispuesto en las "REGLAS DE OPERACIÓN" y en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de octubre de 2016 y los documentos normativos de Contraloría Social autorizados por la Secretaría de la Función Pública.

NOVENA.- REPRESENTANTES DE “LAS PARTES”.- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del “PROYECTO”, “LAS PARTES” designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE
"DIF ESTATAL"	LIC. OMEHEIRA LÓPEZ REYNA DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA DIF DEL ESTADO DE TAMAULIPAS

Los representantes Titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán tener cuando menos, el nivel jerárquico inferior siguiente al del representante Titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

DÉCIMA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS.- “DIF ESTATAL” acepta que en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el “DIF NACIONAL”, atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea total o parcialmente, la entrega de los apoyos asignados al “PROYECTO”.

Son causas de suspensión o cancelación, además, las siguientes:

- a) No aplique los apoyos entregados para los fines aprobados o los apliquen inadecuadamente, en cuyo caso, deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;
- b) Incumpla con la ejecución del “PROYECTO” sujeto de apoyo;
- c) No acepten la realización de visitas de supervisión, cuando así lo soliciten “DIF NACIONAL”, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados;
- d) No entregue a la Unidad de Atención a Población Vulnerable los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del “PROYECTO” dentro de los plazos establecidos;
- e) La inviabilidad del “PROYECTO”, en razón de alteración o cambio en las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras
- f) Presente información falsa sobre los conceptos de aplicación y los finiquitos de los conceptos apoyados;
- g) Con motivo de duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;
- h) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución grave de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;
- i) Cuando “DIF NACIONAL” o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, y
- j) En general, exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio, las “REGLAS DE OPERACIÓN” y las disposiciones que derivan de éstas.

“DIF ESTATAL” acepta que, ante la suspensión o cancelación de la entrega de los apoyos, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional, según corresponda, así como los intereses y rendimientos generados.

DÉCIMA PRIMERA.- CONTROL Y VIGILANCIA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes y demás autoridades, conforme al ámbito material de competencia otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del “DIF ESTATAL”, a partir de la firma de este Convenio, el “DIF NACIONAL” o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de supervisión, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- TRANSPARENCIA.- “LAS PARTES” convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados al “PROYECTO”; consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de los proyectos apoyados, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales que tengan disponibles.

DÉCIMA TERCERA.- RELACIÓN LABORAL.- El personal de cada una de “LAS PARTES” que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la parte con la cual tiene establecida su

relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la parte por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2018, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el Convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos treinta (30) días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución, deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

DÉCIMA QUINTA.- MINISTRACIÓN DEL RECURSO.- En cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la ministración del recurso podrá otorgarse a partir de la fecha de firma del presente Convenio, hasta el día 31 de julio de 2018.

No obstante, lo anterior, "LAS PARTES" estarán sujetas a lo publicado anualmente en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente, a las disposiciones y recomendaciones hechas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las demás autoridades competentes que para tal efecto emitan.

DÉCIMA SEXTA.- VERIFICACIÓN.- Con el objeto de asegurar la efectividad del presente Convenio, "DIF ESTATAL" y "DIF NACIONAL" revisarán periódicamente su contenido y aplicación, así como también adoptarán las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requeridas para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

"LAS PARTES" convienen que "DIF ESTATAL" destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo Estatal (o su equivalente) para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos; dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la Secretaría de la Función Pública. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos reasignados, para lo que del total de estos recursos se restará hasta el uno al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los Anexos de este instrumento. Para el caso de las obras públicas ejecutadas por contrato, aplicará lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley Federal de Derechos.

La Secretaría de la Función Pública verificará en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos del presente instrumento.

En los términos establecidos en el artículo 82, fracciones XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el "DIF ESTATAL" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de la Entidad Federativa.

DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA OCTAVA.- DIFUSIÓN.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables de los proyectos e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DÉCIMA NOVENA.- CONTROVERSIAS.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

VIGÉSIMA.- PUBLICACIÓN.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación y 178 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el presente Convenio de Coordinación será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa".

Enteradas las partes de sus términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 17 días del mes de enero de 2018.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Ismael Ordóñez Hernández**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: la Directora General, **Omeheira López Reyna**.- Rúbrica.

CONVENIO de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018, Proyecto Específico denominado Restauración y adecuación de tres Centros de Desarrollo Familiar Urbanos de la ciudad de Mérida, Yucatán, que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES CON CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2018, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO “DIF NACIONAL”, REPRESENTADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ Y, POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN, EN ADELANTE “DIF ESTATAL”, REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, DR. JOSÉ LIMBER SOSA LARA, A QUIENES, CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES”, DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 25, determina que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en el artículo 26, establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.

II. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3, señala que se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Por su parte, el artículo 4 define a los sujetos de la asistencia social.

Asimismo, la Ley de Asistencia Social, en su artículo 28, establece que el “DIF NACIONAL” será el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. De igual forma, el artículo 54, establece que el “DIF NACIONAL” promoverá la organización y participación de la comunidad para contribuir en la prestación de servicios asistenciales para el Desarrollo Integral de la Familia. La participación de la comunidad, de acuerdo con lo establecido por el artículo 55, debe estar encaminada a fortalecer su estructura y a propiciar la solidaridad de la población.

III. En congruencia con lo anterior, con fecha 30 de diciembre de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018”, en lo sucesivo referidas como las “REGLAS DE OPERACIÓN”, mismas que tienen como objetivo general impulsar la instrumentación de proyectos que contribuyan a mejorar las acciones y servicios a la población vulnerable.

DECLARACIONES

I. “DIF NACIONAL” declara que:

I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, respectivamente; teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y conforme a sus atribuciones y funciones; actúa en coordinación con Dependencias y Entidades Federales, Estatales y Municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones en la materia.

I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones, reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo cual es su intención colaborar con el “DIF ESTATAL”, para la ejecución de actividades específicas en materia de protección a personas sujetas de asistencia social.

- I.3** El Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable se encuentra facultado para la formalización del presente Instrumento Jurídico, de conformidad con los artículos 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII, así como 15, fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.
- I.4** Con fundamento en los artículos 12, fracciones I, incisos a), b), h) e i); VI, X, XI y XIV de la Ley de Asistencia Social, y 2, fracciones II, III, V, VI, XII, XIX, XXXIII y XXXVI de su Estatuto Orgánico, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.
- I.5** El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la Meta Nacional II. México Incluyente, pone énfasis en la idea de transitar hacia una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos, proponiéndose políticas sociales que giren en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa, teniendo como prioridad la integración de una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Un México Incluyente busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Asimismo, busca articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población a través de la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil, así como del fortalecimiento de la protección de los derechos de las personas adultas mayores, para contribuir a garantizar su calidad de vida, mediante una mayor y mejor coordinación interinstitucional que garantice la concurrencia y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.

- I.6** En términos de los artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de Coordinación en Materia de Atención a Personas Sujetas de Asistencia Social con "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, establecer los procedimientos de coordinación en materia de atención a sujetos de asistencia social y, con ello, propiciar la planeación del desarrollo integral de esa Entidad Federativa.
- I.7** Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México.
- I.8** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SND7701134L0.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

- II.1** Es un Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Yucatán, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social de Yucatán, publicada en el Periódico Oficial del Estado de fecha 12 de septiembre de 1986.
- II.2** Tiene entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como procurar la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas y privadas.
- II.3** El Dr. José Limber Sosa Lara, en su calidad de Director General acredita su personalidad con nombramiento de fecha 1 de octubre de 2012 suscrito por el Lic. Rolando Rodrigo Zapata Bello, Gobernador Constitucional del Estado de Yucatán, quien se encuentra facultado para celebrar el presente Convenio de Coordinación.
- II.4** Entre sus atribuciones se encuentra el promover y prestar servicios de asistencia social a la población, así como la capacitación de recursos humanos para su atención.
- II.5** Su Registro Federal de Contribuyentes es: SDI770331J50.
- II.6** Señala como domicilio legal para todos los fines y efectos que se deriven del presente Convenio, el ubicado en Avenida Miguel Alemán número 355, colonia Itzimná, Municipio de Mérida, Código Postal 97100, Estado de Yucatán.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

- III.1** Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta a asistencia social, es su interés y voluntad suscribir el presente Convenio, en beneficio de la población vulnerable del país;

- III.2 Reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes;
- III.3 Reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación;
- III.4 Es su deseo suscribir el presente Instrumento Jurídico, concurriendo en el territorio del Estado de Yucatán, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para la realización de acciones en beneficio de la población vulnerable, de acuerdo con sus respectivas disposiciones jurídicas aplicables, y
- III.5 Cuenta cada una de ellas con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 4o., 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 1, 25, fracción VI, 75, fracción II, segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3, 4, 19, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social; 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 13, 14, fracciones IV, XIV, XXV y XXVII y 15 fracciones I, IV, V, X, XI y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016; el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El objeto del presente Convenio es la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2018, así como establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", para la ejecución del Proyecto específico denominado "Restauración y adecuación de tres Centros de Desarrollo Familiar Urbanos de la ciudad de Mérida, Yucatán", en adelante el "PROYECTO", así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán como subsidios para la ejecución del mismo, en el marco de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y conforme a las especificaciones que se establecen en el formato para la identificación y validación del proyecto en mención.

SEGUNDA.- APORTACIÓN DE RECURSOS.- Con base en la suficiencia presupuestaria contenida en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, en las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN", y el número de Precompromiso SAP 1500009351, "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios que prevén las "REGLAS DE OPERACIÓN" hasta por un monto de \$6'000,000.00 (SEIS MILLONES DE PESOS 00/100, M.N.), que serán transferidos a más tardar el día 31 de julio del Ejercicio Fiscal 2018, en una sola exhibición.

"LAS PARTES" convienen en que el otorgamiento y fecha de radicación de dichos recursos podrá sufrir variaciones atendiendo a la disponibilidad presupuestaria.

TERCERA.- NATURALEZA DE LOS RECURSOS.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que se realizan de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter Federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones Federales que regulan su control y ejercicio.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio, estará a cargo de "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, información, así como la comprobación de la aplicación, será exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL", de conformidad con la normatividad aplicable.

Los recursos que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no se hayan devengado al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en su ejercicio, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, incluyendo rendimientos financieros e intereses por el "DIF ESTATAL", en los términos que señalen las disposiciones aplicables; "DIF ESTATAL" tiene la obligación de informar lo anterior a la Dirección de Finanzas y a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL".

CUARTA.- CUENTA BANCARIA.- Para los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", el "DIF ESTATAL" se obliga abrir de manera especial y exclusiva una cuenta bancaria productiva para la administración de los recursos federales materia del presente Instrumento Jurídico, a través de su Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa, con el fin de que distinga contablemente su origen e identifique

que las erogaciones correspondan a los fines del Proyecto Anual de Trabajo o documento según se trate, de conformidad con lo señalado en el Quinto párrafo del artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Finanzas o su equivalente en la Entidad Federativa deberá de emitir el recibo correspondiente al ingreso de los recursos transferidos por el "DIF NACIONAL", el día que se reciba, mismo que deberá remitirse al Organismo a más tardar en los cinco (5) días hábiles posteriores a satisfacción de "DIF NACIONAL", y en congruencia con lo dispuesto, tanto en las "REGLAS DE OPERACIÓN", como en el presente Convenio.

COMPROMISOS DE "LAS PARTES"

QUINTA.- "DIF NACIONAL" se compromete a realizar las acciones siguientes:

- a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la Cláusula Segunda de este Convenio, previo cumplimiento del "DIF ESTATAL" de las obligaciones a su cargo, referidas en la Cláusula Cuarta de este Convenio;
- b) Otorgar la asesoría y orientación al "DIF ESTATAL" cuando éste se la solicite, y
- c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN".

SEXTA.- "DIF ESTATAL" se compromete a:

- a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio, se realicen de acuerdo a lo señalado en las disposiciones de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y demás normativa aplicable;
- b) Aplicar en su totalidad, los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines del "PROYECTO", así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestarios;
- c) Celebrar convenios y/o acuerdos con los Gobiernos de los Municipios de la Entidad Federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades objeto de este Convenio;
- d) Presentar los informes de Avance Físico-Financiero a la Unidad de Atención a Población Vulnerable de "DIF NACIONAL" a más tardar durante los primeros cinco (5) días naturales posteriores a la terminación del trimestre que se reporta. Los informes deberán ser acompañados con la justificación de las variaciones entre la meta de cobertura programada y la alcanzada, así como entre el presupuesto autorizado, el modificado y el ejercido y, en su caso, el reporte de las medidas de ahorro, austeridad y eficiencia aplicadas durante el periodo que se informe;
- e) Presentar a "DIF NACIONAL" la información necesaria para el informe de Cuenta Pública de los apoyos a que se refiere el presente Convenio, con base en los formatos y lineamientos que en su oportunidad le dé a conocer el "DIF NACIONAL";
- f) Entregar a "DIF NACIONAL" el informe final sobre los resultados y alcances obtenidos en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, de forma física y electrónica a la Unidad de Atención a Población Vulnerable después de concluido el objeto del presente Convenio a los cinco (5) días naturales posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2018, y
- g) Entregar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de Comprobación de Gastos, debidamente firmados y rubricados por la Instancia Ejecutora consistentes en:
 - Relación de Gastos, con la copia legible de los comprobantes fiscales (facturas y/o fichas de depósito de reintegro en caso de que no sean ejercidos los recursos parcial o totalmente);
 - Documento de verificación de los comprobantes fiscales emitido por el SAT;
 - Informes Trimestrales de Avance Físico-Financiero;
 - Bitácora Fotográfica;
 - Informe Final de Resultados;
 - Cédulas de Información de la Población Objetivo Beneficiada (CIPOB) y/o Padrón de Beneficiarios;
 - Acta Entrega de Recepción de Obras o Equipo a Municipio y/o Beneficiarios, en caso de que aplique.

Lo anterior a efecto garantizar que sean correctamente canalizados los recursos a los beneficiarios del Programa.

- h) Reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos federales presupuestarios y, en su caso, los productos financieros que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no devengados al 31 de diciembre de 2018, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, en los términos que señalen las disposiciones aplicables, debiendo informar por escrito a la Dirección de Finanzas de "DIF NACIONAL" lo anterior;
- i) Conservar debidamente resguardada, durante 5 años, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que, con base en el presente Instrumento Jurídico se entregan;
- j) Presentar a la Unidad de Atención a Población Vulnerable la documentación de comprobación, las evidencias (bitácora fotográfica) que acrediten la finalización del "PROYECTO", el Informe final de Resultados y en su caso, el Acta de Entrega-Recepción de Obras o equipo a municipio y/o beneficiarios;
- k) Dar seguimiento, verificar el desarrollo y ejecución de los compromisos contenidos en el objeto del presente Convenio, de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN";
- l) Promover la Contraloría Social en las localidades beneficiadas por el Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 28 de octubre de 2016;
- m) Aceptar y facilitar la realización de visitas de seguimiento y asesoría, así como proporcionar oportunamente, en tiempo y forma, la información y documentación desagregada por rubro que soliciten el "DIF NACIONAL" y/o los Órganos Fiscalizadores Federales competentes, para los efectos que dichas instancias requieran;
- n) Realizar o, en su caso, contratar la ejecución de los proyectos de servicios, Acciones y Obras que se requieran, así como supervisar las acciones, de conformidad con la normativa aplicable;
- ñ) Adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y comunicación con "DIF NACIONAL", para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos. Lo anterior, sin perjuicio de que los órganos fiscalizadores correspondientes lleven a cabo las acciones de vigilancia, control y evaluación a fin de verificar en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos contenidos en el presente Convenio;
- o) Señalar expresamente y en forma idéntica la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL", tanto en las acciones de difusión, divulgación y promoción del "PROYECTO", y
- p) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las demás aplicables conforme a la normativa nacional.

"LAS PARTES" acuerdan que para efectos de los incisos d) y f) de esta cláusula, los informes de avance o final del "PROYECTO", serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el "DIF ESTATAL" acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos, pueda ser verificada por las unidades administrativas del "DIF NACIONAL" o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

SÉPTIMA.- Con el fin de dar cumplimiento al artículo 28 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018, así como al numeral 7 titulado "Transparencia" de las "REGLAS DE OPERACIÓN", "LAS PARTES" se comprometen a que la difusión y divulgación que se realice por medios impresos, electrónicos, escritos, gráficos y de cualquier otra índole inherente al Programa objeto del presente Convenio, deberá enunciar la siguiente leyenda:

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

OCTAVA.- CONTRALORÍA SOCIAL.- "LAS PARTES" promoverán la Contraloría Social como una práctica de transparencia y control de rendición de cuentas, conforme a lo dispuesto en las "REGLAS DE OPERACIÓN" y en los Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de octubre de 2016 y los documentos normativos de Contraloría Social autorizados por la Secretaría de la Función Pública.

NOVENA.- REPRESENTANTES DE “LAS PARTES”.- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del “PROYECTO”, “LAS PARTES” designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE
"DIF ESTATAL"	DR. JOSÉ LÍMBER SOSA LARA DIRECTOR GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN

Los representantes Titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán tener cuando menos, el nivel jerárquico inferior siguiente al del representante Titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

DÉCIMA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS.- “DIF ESTATAL” acepta que en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el “DIF NACIONAL”, atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea total o parcialmente, la entrega de los apoyos asignados al “PROYECTO”.

Son causas de suspensión o cancelación, además, las siguientes:

- a) No aplique los apoyos entregados para los fines aprobados o los apliquen inadecuadamente, en cuyo caso, deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;
- b) Incumpla con la ejecución del “PROYECTO” sujeto de apoyo;
- c) No acepten la realización de visitas de supervisión, cuando así lo soliciten “DIF NACIONAL”, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados;
- d) No entregue a la Unidad de Atención a Población Vulnerable los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del “PROYECTO” dentro de los plazos establecidos;
- e) La inviabilidad del “PROYECTO”, en razón de alteración o cambio en las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras
- f) Presente información falsa sobre los conceptos de aplicación y los finiquitos de los conceptos apoyados;
- g) Con motivo de duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;
- h) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución grave de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;
- i) Cuando “DIF NACIONAL” o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, y
- j) En general, exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio, las “REGLAS DE OPERACIÓN” y las disposiciones que derivan de éstas.

“DIF ESTATAL” acepta que, ante la suspensión o cancelación de la entrega de los apoyos, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional, según corresponda, así como los intereses y rendimientos generados.

DÉCIMA PRIMERA.- CONTROL Y VIGILANCIA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes y demás autoridades, conforme al ámbito material de competencia otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del “DIF ESTATAL”, a partir de la firma de este Convenio, el “DIF NACIONAL” o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de supervisión, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- TRANSPARENCIA.- “LAS PARTES” convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados al “PROYECTO”; consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de los proyectos apoyados, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales que tengan disponibles.

DÉCIMA TERCERA.- RELACIÓN LABORAL.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la parte con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la parte por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2018, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el Convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos treinta (30) días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución, deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

DÉCIMA QUINTA.- MINISTRACIÓN DEL RECURSO.- En cumplimiento a las disposiciones contenidas en el artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la ministración del recurso podrá otorgarse a partir de la fecha de firma del presente Convenio, hasta el día 31 de julio de 2018.

No obstante, lo anterior, "LAS PARTES" estarán sujetas a lo publicado anualmente en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente, a las disposiciones y recomendaciones hechas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las demás autoridades competentes que para tal efecto emitan.

DÉCIMA SEXTA.- VERIFICACIÓN.- Con el objeto de asegurar la efectividad del presente Convenio, "DIF ESTATAL" y "DIF NACIONAL" revisarán periódicamente su contenido y aplicación, así como también adoptarán las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requeridas para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

"LAS PARTES" convienen que "DIF ESTATAL" destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo Estatal (o su equivalente) para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos; dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la Secretaría de la Función Pública. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos reasignados, para lo que del total de estos recursos se restará hasta el uno al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los Anexos de este instrumento. Para el caso de las obras públicas ejecutadas por contrato, aplicará lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley Federal de Derechos.

La Secretaría de la Función Pública verificará en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos del presente instrumento.

En los términos establecidos en el artículo 82, fracciones XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el "DIF ESTATAL" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de la Entidad Federativa.

DÉCIMA SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA OCTAVA.- DIFUSIÓN.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables de los proyectos e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DÉCIMA NOVENA.- CONTROVERSIAS.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

VIGÉSIMA.- PUBLICACIÓN.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación y 178 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el presente Convenio de Coordinación será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa"

Enteradas las partes de sus términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 15 días del mes de enero de 2018.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Ismael Ordóñez Hernández**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: el Director General, **José Limber Sosa Lara**.- Rúbrica.