

Universidad Autónoma Metropolitana



Unidad Xochimilco



División de Ciencias Biológicas y de la Salud

**Análisis de los Servicios de Salud para la atención de la
obesidad: el caso de la Unidad de Especialización Médica
en Enfermedades Crónicas en la Ciudad de México**

Tesis

Que para obtener el grado de Maestra en Medicina Social

Presenta

Ileana Elizabeth Muñiz González

Directora de Tesis: Dra. Miriam Bertran Vilà

Ciudad de México

2017

Agradecimientos

Cerrar este ciclo sin este apartado sería desconocer todo el aprendizaje que me llevo de este proceso. A pesar de todas las dificultades que se presentaron, siempre supe que estaba en el lugar correcto y con las personas correctas, y jamás cerré las puertas a nuevas aportaciones y conocimientos.

Quiero agradecer,

A mi familia (mamá, papá, hermana, tío Enrique, tías, tíos, primos, primas y sobrino) que siempre me ha apoyado en las decisiones que he tomado, por más extravagantes, raras o fuera de lo convencional que sean mis objetivos, ellos y ellas siempre están alentandome para alcanzarlos. Este trabajo se lo dedico en especial a la persona que me enseñó que el comer en familia es un gusto y parte indispensable de la vida, por la comida en sí y, por la cocina; mi abuelita.

A Rodrigo, que ha sido mi compañero y apoyo en todo momento, que jamás ha dudado de mí, jamás me ha limitado y que por el contrario siempre aporta más y más herramientas para seguir construyéndome como persona y profesional.

A la Maestría en Medicina Social por abrirme las puertas de un espacio en el que la construcción de conocimiento fue protagonista, y donde encontré elementos que aportaron en gran medida a la definición de mi identidad como profesionista y como mujer.

A mi querida Miriam, que sin duda es lo mejor que me pudo dar este proceso, conocer a una mujer y profesionista que se hace admirar y respetar, por su bondad con el proceso enseñanza-aprendizaje. Me hizo crecer, no soy la misma, y sin tener que estar detrás de mi, siempre tuve su apoyo (en lo personal y lo profesional), me puso al límite, me enfrentó conmigo misma y me demostró que no hay barreras que no se puedan pasar en este proceso.

A las lectoras Nelly, Addis, Oli y Laura por hacer un espacio en sus agendas para revisar este trabajo, por sus comentarios, que sin lugar a dudas contribuyeron en gran medida a mejorar y lo más importante a despertar mi curiosidad para continuar con este camino de la investigación y la docencia.

A mis compañeras y compañeros del Seminario de Alimentación y Cultura porque se han convertido en una guía e inspiración para mí. Sus aportaciones las guardo con gran valor para hacerle frente a ese camino que decidí tomar a pesar de todas las dificultades económicas y emocionales que esto representa, la investigación.

A la Universidad de Toulouse, en especial al ISTHIA, por la oportunidad que me brindó para participar en los diferentes seminarios de investigación del Doctorado en Ciencias Sociales Aplicadas a la Alimentación y por los contactos que me facilitó para poder acercarme a los colaboradores del modelo Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE).

Y por último, debo agradecer a todas y todos los mexicanos, ya que sin sus contribuciones no podría haber accedido a las becas que otorga el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; y es por eso que cumplo con el compromiso que adquirí al ingresar a un posgrado de calidad como la Maestría en Medicina Social, entregar a la población un documento que abra más ideas para la investigación, que contribuya a la generación de conocimiento y a la demanda de la sociedad por más apoyo económico por parte del Estado y las instituciones públicas para la investigación, y la educación pública en sí misma, para que más mexicanos y mexicanas puedan acceder a estos espacios y que la barrera de la desigualdad social sea cada vez menos densa.

INTRODUCCIÓN	3
OBJETO DE ESTUDIO	10
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	11
ESTADO Y SERVICIOS DE SALUD	11
OBESIDAD COMO ENFERMEDAD	19
MEDICALIZACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y LA CORPORALIDAD	28
PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	33
ALIMENTACIÓN COMO PROCESO SOCIOCULTURAL QUE INTERVIENE EN LA VIDA DE LA GENTE	37
II. MARCO EN MÉXICO	42
ESTADO Y SERVICIOS DE SALUD	42
OBESIDAD EN MÉXICO	47
III. NOTA METODOLÓGICA	58
IV. RESULTADOS	66
C. Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC): Justificación, elementos constitutivos, metas y dificultades.	74
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	113
REFERENCIAS	120

INTRODUCCIÓN

Esta investigación surgió de la construcción del conocimiento en medicina social, a partir de reconocer que las recomendaciones divulgadas para atender el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas (EC) se enfrentan a diversas dificultades al ejecutarse o querer ser ejecutadas de manera adecuada. Una de las aportaciones de este trabajo es la discusión sobre la construcción del problema en materia de alimentación, salud, promoción de la salud, modelos médicos, gestión en políticas públicas y emergencia de políticas públicas.

La reflexión a partir de la experiencia laboral previa al ingreso a la maestría en Medicina Social¹ tiene un lugar importante en el desarrollo de este trabajo. Mientras realizaba ciertas actividades en centros de salud del primer nivel de atención, instituciones hospitalarias privadas, institutos nacionales de alta especialidad y clínicas privadas, identifiqué una alerta, que se ha mantenido desde 2011 y está relacionada con las dificultades que manifestaba la población atendida con respecto a la orientación alimentaria que recibían y, el apego a los tratamientos; un ejemplo, es la capacidad económica para mantener la compra de los alimentos necesarios.

¹ Granados (2006), es el estudio de los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad de las poblaciones. Al ser un campo de conocimiento, la MS recurre a las ciencias sociales (sociología, antropología, ciencia política, economía, filosofía), a las ciencias de la salud (epidemiología) y a las ciencias biomédicas para comprender la complejidad que entrañan los problemas de salud-enfermedad de los grupos sociales. Por tratarse de un campo multidisciplinario, la MS también recurre a diversas metodologías e instrumentos (estadística, etnografía, entrevista) para la generación de datos. Se realiza un análisis del proceso salud-enfermedad de las poblaciones con un enfoque que distingue de la corriente denominada salud pública. La MS ha optado por el materialismo histórico como referente teórico fundamental. La MS ha delimitado su campo al configurar sus dos objetos de estudio; el primero es la forma en que el proceso salud-enfermedad se distribuye a las poblaciones e incluye los procesos sociales que determinan dicha distribución; el segundo objeto es la forma en que las sociedades buscan resolver sus problemas colectivos de salud mediante diferentes prácticas en salud y mediante las políticas sanitarias. La MS tiene como postulados teóricos que las condiciones de salud y enfermedad de los grupos humanos dependen de las modalidades con que cada formación social produce, distribuye y consume los satisfactores necesarios para su reproducción social. En ese sentido, las desigualdades en salud que presenta una sociedad son consecuencia del modo de producción vigente. En ese orden de ideas el proceso salud-enfermedad colectivo es histórico en sí mismo. Al mismo tiempo, tanto la práctica médica como las políticas en salud vigentes son resultado de complejos procesos de hegemonía y subordinación que también se derivan del modo de producción. Según la MS, los dos objetos de estudio mencionados tienen determinaciones, económicas, políticas y culturales.

Por otro lado, se revisaron documentos como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, y la información difundida por el Instituto Nacional de Salud Pública, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública que, desde años atrás y en relación con la promoción de estilos de vida saludables y hábitos saludables dio origen a una pregunta: si había tanta información con relación a los hábitos saludables, ¿qué estaba sucediendo que la prevalencia en el sobrepeso, la obesidad, las enfermedades crónicas, entre otras condiciones, continuaban en incremento?

El sobrepeso y la obesidad han ocupado gran espacio en la agenda pública de salud y educación a nivel nacional e internacional. Si bien, estas condiciones tienen diferencias entre sí, las dos han sido consideradas parte del problema más importante en materia de salud de los últimos 30 años. Las estrategias de intervención para dicho problema han sido desarrolladas tanto en instituciones internacionales como en nacionales; sin embargo, también se ha presentado la situación de desarrollar estrategias internacionales que han sido adaptadas a un ámbito nacional, por ser un referente de “éxito”. Un ejemplo de esto es la “Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud”, que en el nombre lleva los elementos a los que esta se enfoca –más adelante se desarrolla el tema, con el fin de resaltar las medidas que han imperado y permeado la atención al sobrepeso y la obesidad (OMS, 2017).

Las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (2006 y 2012) se han encargado de mostrar el panorama epidemiológico de México, donde la alimentación, la actividad física y en concreto los estilos de vida, se han identificado como factores que contribuyen a la forma de enfermar y morir. Actores internacionales como la Organización Mundial de la Salud, prensa, y medios de comunicación nacionales e internacionales han mencionado que la población

mexicana es una de las más obesas² o gordas³ del mundo, expresando que esto se debe a que la dieta del mexicano es alta en azúcares y grasas; lo que ha dado origen a que la promoción de estilos de vida saludables sea la medida de acción apropiada para abordar el problema. Estudios realizados desde las ciencias de la salud, sociología y antropología en relación al problema, han arrojado información concreta sobre el nivel socioeconómico, las condiciones de vida, el papel que juega la cultura, la situación política y el impacto que estas determinantes tienen en la generación del sobrepeso y la obesidad. Ha sido documentado, desde diferentes corrientes y posturas teóricas, que los estratos sociales con mayores desventajas económicas son los que mayor prevalencia de obesidad presentan y por ende los más vulnerados por medio de las condiciones de vida (OMS, 2017; Contreras, 2005; Rivera, 2012).

La parte práctica de este trabajo tuvo lugar en dos ciudades la Ciudad de México y la ciudad de París en Francia. En la primera se realizó trabajo en tres unidades de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud e incorporadas al Seguro Popular como la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, el Centro de Salud David Fragoso y la Unidad de Especialidad Médica en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC⁴). En París, se realizó trabajo en la organización Protèines, de donde surgen elementos que de inicio fueron incorporados al modelo UNEMES-EC, en México y de otros programas para atender la emergencia de sobrepeso y obesidad en niños en el mundo.

² OMS (2017) acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud. En adultos se diagnostica a partir de un Índice de Masa Corporal igual o mayor a 30 kg/m². En menores de 5 años se identifica a partir del 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. En niños de 5 a 19 años, la obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

³ Contreras (2005) característica física relacionada con la corpulencia que ha adquirido múltiples significados a través de la historia como salud, prosperidad, honorabilidad, riqueza hasta belleza. Ver más en: La obesidad: una perspectiva sociocultural.

⁴Las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC) son un ejemplo de modelo innovador, de atención a la obesidad y a las enfermedades crónicas. Más adelante se desarrollará más este tema.

Más allá de saber si el modelo UNEME-EC funciona, o si ha habido un impacto en la prevalencia de sobrepeso y obesidad a raíz de su instauración, lo que interesó en este estudio fue escuchar de viva voz a los involucrados (pacientes, profesionales de la salud y administrativos) en este modelo, su percepción, postura y cómo lo viven día con día. Con esta base es que proponemos la siguiente pregunta de investigación:

¿cuál es la percepción de profesionales de la salud y pacientes con relación a la promoción de hábitos saludables en un centro de salud destinado a la atención de la obesidad y enfermedades crónicas ?

Como se señaló anteriormente, la promoción de estilos de vida saludables ha sido protagonista en el camino al combate contra el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2008). La promoción del estilo de vida saludable se ha llevado a cabo en diferentes espacios, pero uno que ha participado en investigación, promoción e intervención es el sector salud por medio de las instituciones de salud. Los espacios destinados a la intervención han sido protagonistas en la instauración de dinámicas de atención al sobrepeso y la obesidad por medio de la promoción de hábitos saludables, y ameritan un análisis desde la determinación social de la salud (Secretaría de Salud, 2008, Secretaría de Salud, 2010a).

Para enriquecer lo antes mencionado habría que conocer el funcionamiento de los servicios de salud en México y relacionarlo con el modelo médico al que pertenece. El conocimiento con relación al modelo, la jerarquía y el funcionamiento aporta a la discusión, en tanto que los usuarios de los espacios de salud pertenecen a un contexto social, económico, político y social, que en algún momento se tiene que enfrentar al modelo de atención en salud y a la promoción de estilos de vida.

Algunos elementos que han dado forma a los hábitos y estilos de vida saludables son consumir frutas y verduras; consumir determinada ingesta de agua; comer granos enteros;

disminuir la ingesta diaria de grasa; realizar actividad física, compartir todo lo aprendido con las personas cercanas; realizar chequeos periódicos; evitar el consumo de azúcares, refrescos, dulces, evitar harinas refinadas, evitar ayunos prolongados, realizar un mínimo de tres comidas al día (American Heart Association, 2015). Una aproximación desde la medicina social al estudio de los estilos de vida saludables, aportaría a la discusión sobre aquello que determina la generación de esa forma de vivir. La determinación social es una categoría de análisis que obliga a crear cuestionamientos sobre el contexto social, económico, político y cultural en el que el proceso salud/enfermedad/atención se desarrolla y, por ende amplía el campo de estudio donde tendrán cabida preguntas relacionadas con la promoción de hábitos saludables, por ejemplo, **¿cómo los han interpretado?, ¿se han apropiado de ellos?, ¿los han incorporado a su vida cotidiana?, ¿cómo vive la promoción de estos hábitos el profesional de la salud?, ¿a qué se enfrenta?, ¿hay dificultades o no?, ¿hay apego o no?, ¿cuál es el alcance?, ¿cómo se vive el proceso de difusión?**

En esta indagación la construcción teórico-metodológica llevó a analizar diferentes categorías relacionadas con los servicios de salud, como las categorías de Estado, Hegemonía y Modelo Médico Hegemónico, haciendo una breve recapitulación histórica y estableciendo un vínculo con la época contemporánea, con el fin de comprender el contexto. Se enmarca la propuesta dirigida a estudiar la obesidad como enfermedad, definiendo qué es lo que ha hecho a esta condición ser considerada una patología, desde esta postura, qué es lo que se reconocen como sus determinantes o factores de riesgo.

Al tener clara la base conceptual de la obesidad como enfermedad, se invita al conocimiento y análisis en relación con los programas emergentes por parte de organismos internacionales y nacionales, que han tenido mayor relevancia mediática. La discusión se

enriquece al poner sobre la mesa a la alimentación como un elemento de la vida cotidiana que está vinculada con diferentes esferas de la sociedad, en la que existen aspectos económicos, culturales, geográficos, que a su vez determinan la manera en la que nos alimentamos. Hoy en día permea una incertidumbre en relación con lo que se come, algunos autores lo dicen de la manera siguiente: “ya no se sabe qué se come a ciencia cierta” hay alimentos para todo y para todos, pero saber qué se está comiendo en realidad es algo que se desconoce desde el siglo XX, en el que la alimentación en México tuvo un cambio radical al incorporar cierto tipos de alimentos (Contreras, 2008).

Lo mencionado anteriormente se estudia en dos dimensiones, desde una construcción teórica con elementos históricos y críticos, y otra en la que construye el marco de referencia que nos permita ubicar a la población entrevistada en un espacio y tiempo determinado.

Para cerrar este apartado se expone una breve explicación del orden en el que el lector podrá ir descubriendo los diferentes componentes de este documento. Se divide en 5 secciones: I) Desarrollo del problema teórico, II) Marco de referencia, III) Nota metodológica IV) Resultados y, V) Discusión y conclusiones.

El primer apartado invita a realizar una reflexión teórica en relación con el Estado y los servicios de salud; la medicalización y corporeidad como parte de un Modelo Médico Hegemónico (MMH); la obesidad vista como enfermedad; los programas de atención al sobrepeso y la obesidad y la alimentación como proceso sociocultural que interviene en la vida de la gente.

El segundo apartado aporta a la construcción del problema en México a modo de marco referencial, en él se abordan temas como la estructura del Estado y los servicios de salud en México; la identificación del modelo médico predominante, así como su base conceptual y sus manifestaciones: la obesidad como problema de salud pública; los

programas de atención y prevención de la obesidad; y por último, cómo emerge de estos programas de salud el modelo de Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC), su estructura y funcionamiento.

En la tercera sección se expone la metodología utilizada, número de usuarios entrevistados, preguntas realizadas, ubicación y organización para el análisis de resultados.

En el cuarto apartado se exponen los resultados obtenidos durante el trabajo de campo, se busca hacer un contraste entre el funcionamiento teórico y el real; y así mostrar la percepción de la población que interactúa con el programa (administrativos, profesionales de la salud y usuarios).

Finalmente en la quinta sección se lleva a cabo la discusión de los resultados, incorporando categorías de análisis como el funcionamiento de las UNEMES-EC, la atención en obesidad, la concepción de los pacientes según el personal y las dificultades de apego al modelo. Es a partir de este momento, en el que muestro una postura con relación a todo el documento y, donde expongo diversas reflexiones que no obligatoriamente tienen una conclusión o desenlace, pero que sí contribuyen a generar más cuestionamientos sobre la definición de la obesidad misma, las interpretaciones que se les da en los diferentes niveles de organización social, su abordaje como un problema de salud pública, las vivencias que giran en torno al diagnóstico de obesidad y otras enfermedades crónicas.

OBJETO DE ESTUDIO

Las Unidades de Especialización Médica-Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC) como núcleo de las estrategias nacionales de atención obesidad y enfermedades crónicas y su función como organización administrativa.

Las UNEMES-EC al ser un espacio cuyo origen radicó en hacer frente a la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ella, se consideró un espacio obligado para llevar a cabo el análisis relacionado con la pregunta de investigación planteada en la introducción, donde la percepción sobre promoción de hábitos saludables a partir de un programa específico para este fin, sería el camino para entender a la UNEME-EC como modelo innovador y prioritario de la agenda pública.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

ESTADO Y SERVICIOS DE SALUD

Este capítulo está compuesto por categorías propuestas desde la sociología como Estado, Hegemonía, Modelo Médico Hegemónico y Medicalización. Con el fin de aportar a la comprensión teórica de los servicios de salud y el papel del Estado en la reproducción de un modelo globalizado y predominante.

La medicina social y los determinantes de la salud aportan las bases teóricas para desarrollar el estudio de la determinación social de la obesidad, como asunto de salud. Para analizar la realidad concreta de nuestra época, es necesario exponer algunos conceptos que nos permitan entender la articulación entre Estado y servicios de salud, por ejemplo: En un nivel macro, es posible incorporar las categorías de Estado y Hegemonía. Revisando una serie de autores, por *Estado*, se puede entender a una entidad fundamental y compleja que se ha constituido a partir de relaciones de dominio de clases y relaciones de poder; esta categoría aporta a la comprensión de las formas de producción, consumo y lógica distributiva. Autoras como Laurell (2010) nos hablan de un Estado garante de derechos sociales, en el que se encuentra inmersa la salud, y que se ve determinado por la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, estableciendo de esta manera el proceso de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales (Osorio, 2005; López y cols., 2008; Laurell y Herrera, 2010).

El concepto de *Hegemonía* fue definido por Gramsci⁵, Donnangelo y Pereira (1976) lo citan para explicar que la Hegemonía se manifiesta bajo condiciones de sometimiento de las

⁵ Gramsci define como hegemonía al conjunto de grupos de la sociedad, donde el dominante establece un liderazgo moral, político e intelectual sobre sectores subordinados, haciendo que sus intereses sean los intereses de la sociedad. Siendo así la formación progresiva de alianzas centradas alrededor de un grupo social determinado, un grupo es hegemónico en tanto que ejerce la dirección intelectual y moral sobre otros grupos convirtiendo éstos últimos en su aliados. Ver más en Kanoussi (2001) Hegemonía, Estado y sociedad civil en la globalización.

clases dominadas, lo que permite comprender la manifestación de las relaciones de clase a nivel político e ideológico y su articulación con la estructura de la producción, que a su vez, revela la importancia de la actividad política como potencialmente transformadora de las relaciones de producción. Esta categoría es indispensable para la comprensión del modelo médico que predomina en las instituciones de salud. Fuentes más recientes, como Sader (2001), nos hablan de una necesidad de conocer el modelo hegemónico estadounidense, para comprender la Hegemonía y los procesos en el mundo actual. Esto lo justifica argumentando que el capital financiero y la ideología neoliberal son un parteaguas para la comprensión de un capitalismo contemporáneo que acompaña la riqueza con la miseria material y espiritual (Donnangelo y Pereira, 1976; Sader, 2001).

Sader (2001), aporta al debate el paso a una nueva hegemonía basada en el fortalecimiento de la lucha obrera y la emergencia de un imperialismo, universalizando el mercado capitalista. El autor dice que la lucha de clases se trasladó a otro eslabón de la cadena imperialista, ejemplificándolo con una lucha de clases menos densa que en Inglaterra, pero más fuerte en países como Rusia, India, Vietnam, Cuba, donde las fuerzas antisistémicas tenían manifestaciones en forma de revolución, como en el caso de Rusia, de guerra popular en Vietnam y China, o de guerra de guerrillas en Cuba. Sader (2001) sostiene que la acumulación de fuerzas antisistémicas está relacionada directamente con el modelo hegemónico existente, argumentando que un modelo con economía industrial y relaciones sociales centradas en el mundo del trabajo formal, requería la creación de contra-hegemonías con ejes de lucha parlamentaria y en el movimiento sindical, dando origen a un modelo hegemónico neoliberal constituido por una desregulación económica, social e ideológica; en la que la liberación del capital circulaba con la menor cantidad de trabas, dándose así, una reinstalación de la relación de fuerza entre capital y trabajo, la restauración del proceso productivo (incorporando nuevas tecnologías y formas de organización de la

producción) en un sentido negativo. Esta transición trajo consigo una volatilidad en el capital financiero, un modelo económico oculto en paraísos fiscales, marginación de la humanidad (al existir desigualdad en la capacidad de construcción en mercados con alto poder adquisitivo), Sader (2001) nombra a este modelo económico: *economía mercantilizada* (Sader, 2001).

En relación con esta nueva economía, Sader (2001) menciona que tiene su centro en las necesidades de la gran mayoría de la humanidad carente y excluida del acceso a los bienes y servicios que los hombres son capaces de producir. Este momento histórico lo reconoce como un golpe a toda forma de acción colectiva, de organización social, de lucha por derechos al buscar los elementos de libertad, de iniciativa individual y de destino diferenciado de cada uno (Sader, 2001). Bauman (2007), por su parte, habla de una sociedad basada en el consumo y no en la producción, donde los estilos de vida se expresan como patrones para el consumo de bienes y servicios, estipulados como necesarios para el mantenimiento del estilo de vida mismo.

Lo anterior lleva a reflexionar sobre los modelos médicos y cómo se gestionan a partir de relaciones de poder, en las que los mercados –retomando a Bauman con su propuesta basada en el consumo– son los que determinan el accionar y la gestión, imponiendo modelos sin mirar o ignorando los daños que esto pueda generar en la periferia. Como Bauman (2007), Sader (2001), Donnangelo y Pereira (1976) lo han señalado, la dinámica económica ha cambiado; sin embargo, existe un elemento en común que es la existencia permanente de las relaciones de poder, favoreciendo los intereses de determinada parte de la sociedad.

En el nivel meso es factible incorporar el concepto de *Modelo Médico Hegemónico (MMH)*, entendiendo que un modelo es una determinada abstracción con rasgos salientes y dominantes que muestra cierta racionalidad en la dinámica de la realidad. El *MMH* se

constituye bajo cuatro rasgos: 1) concepción individual y biologicista de la salud y la medicina; 2) tecnocrático⁶; 3) iatrogénico⁷; y 4) medicalizado⁸. Hay una especialización de la práctica, fragmentación del objeto de conocimiento y una negación de los factores sociales que influyen más allá de lo biológico e incluso de lo psicológico. Es un modelo que promueve el sometimiento y la subordinación en la relación médico-paciente; y por último, es medicalizante y puede llegar a tener un avance en la totalidad de las prácticas sociales, por ejemplo, el consumo de alimentos (Menéndez, 1986; Belmartino, 1992).

Donnangelo y Pereira (1976) en su debate sobre el concepto de práctica médica menciona que a diferencia de otras prácticas sociales, cuyo origen coincide con la emergencia o con el desarrollo de la sociedad capitalista, la medicina ha sido vista con cierto carácter de neutralidad frente a las determinaciones específicas que adquiere en la sociedad de clases. Las autoras argumentan que el carácter neutral que ha permeado a la práctica médica, se debe a que la práctica médica se encuentra compuesta de diversas categorías para su análisis, una de ellas es la clase social, ya que existe una diferenciación de oferta conforme se destine a las distintas clases y grupos sociales, misma que se ha registrado incluso en sociedades donde la organización de los servicios médicos haría suponer la ocurrencia de un patrón igualitario de consumo. Esta diferenciación adquiere especificidad en las sociedades capitalistas como consecuencia de la forma en que se proyectan en ella el factor trabajo y las relaciones de clase. Es importante rescatar que el cuidado médico se generalizó ampliamente como respuesta a la necesidad de reproducir la fuerza de trabajo ante el proceso económico (Donnangelo y Pereira, 1976).

⁶ Belmartino (1992) con *rasgo tecnocrático* se refiere a una parte que construye al modelo médico desde lo científico y lo técnico, sobreponiendo el proceso técnico a las condiciones sociales. Existe una relación médico-paciente de sometimiento y subordinación.

⁷ Iatrogénico: referencia a un daño causado desde el modelo médico.

⁸ Medicalizado: se hace referencia al campo de intervención y acción de la medicina, donde la medicina cada vez abarca más campo exterior.

García (2016) invita a recordar los orígenes de los órganos de sanidad de carácter nacional en América Latina, con el fin de explicar que la centralización de los servicios de sanidad formaban parte de un proceso más amplio de transformación de la superestructura jurídico-política del Estado y que, al mismo tiempo, tuviera correspondencia con la fase inicial de la implantación del capitalismo. El modo de producción capitalista implicó un desplazamiento de la medicina desde el espacio religioso y político, al proceso de producción económica. Esto significa que la fuerza de trabajo del capital y la estructura social debe ser albergada de tal forma que la región económica no se vea afectada. De este modo, García habla de la instauración de la medicina estatal como parte de un proceso propio del capitalismo, que busca crear nexos con la estructura económica; y define tres etapas de esta instauración, 1) Acumulación originaria: privatización de los medios de producción y desplazamiento de los campesinos y propietarios de tierras; 2) Transición de la manufactura a la gran industria y 3) Aumento de la carga de trabajo por obrero (García, 2016). La última etapa (aumento de la carga de trabajo por obrero) genera una revolución en la medicina, dice García (2016), esto por las consecuencias producidas por la intensificación del trabajo. Es así como surge la interpretación de la enfermedad, como variación cuantitativa de una norma; y la de la salud como algo cuantitativamente perfeccionable. Sobre esa base conceptual se da un desarrollo de la medicina que permite la intervención sobre la productividad de los individuos, señalando a la fatiga como generadora de todo tipo de enfermedad.

En América Latina el origen de la medicina estatal se ve reflejado como *beneficencia pública y sanidad*, ejercida por un “Estado Oligárquico-Liberal”, estos espacios de atención a la salud eran principalmente dirigidos a enfermos pobres, y se estructuraban como casas hogar, hospitales, casas para desamparados, ancianos, entre otros. La *sanidad* –en el

entendido de ser un conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes– dio origen a los primeros órganos, consejos o juntas de sanidad. Sin embargo, fue hasta la creación de direcciones, departamentos y servicios nacionales de sanidad que se vieron reflejados los resultados favorables para los problemas de salud que afectaban los intereses económicos de la burguesía local y el capital monopólico. No obstante, la medicina estatal en América Latina fue hasta cierto punto heterogénea en tiempo y forma, ya que no todos los países estaban inmersos en las mismas fases del capitalismo (García, 2016).

Ferrero (2003) habla de un proceso de estructuración del saber médico, que no tiene su origen únicamente en la formación universitaria, y que llega a un nivel superior insertar al médico en las organizaciones de salud. Expone que lo anterior se justifica reconociendo que, dentro de las instituciones de salud, se esquematizan y normalizan las intervenciones médicas que establecen un patrón de acciones, logrando una relativa homogeneidad en los procesos de atención. Al igual que Menéndez (1986), Ferrero (2003) coincide en que el saber médico se expandió y se impuso sobre otros saberes, contribuyendo a la estructuración y homogeneización en el funcionamiento de la profesión.

Con las aportaciones de Donnangelo y Pereira (1976), Menéndez (1986), Belmartino (1992) y Ferrero (2003) podemos concretar que de manera histórica se ha construido un modelo médico hegemónico, cuyos fines e intereses no se basan únicamente en dar solución al problema salud-enfermedad, sino que se relaciona con la reproducción de la sociedad y la fuerza de trabajo; aprovechando que el saber médico goza de cierta jerarquía en la sociedad que ha resultado irrefutable y un buen espacio para operar los procesos micropolíticos de normalización y control de la conducta.

Continuando con esta construcción histórica *Estado-servicios de salud*, Foucault nos habla de un momento crucial para la transformación de la noción de salud para el Estado. El

Plan Beveridge, que surge en un periodo de guerra, representa una nueva forma de ver la salud por parte del Estado, en la que además de verla como un bien propio, comienza a distinguirse para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo con buena salud. A partir de entonces, la salud o la ausencia de ésta, se enmarca en una configuración de condiciones en la que se aseguraría la salud de los individuos y se convertiría en un desembolso de las partidas del presupuesto estatal (Foucault, 1976).

Foucault (1976) menciona la pretensión de corregir la desigualdad de los ingresos por medio de la garantía a todas las personas de recibir tratamiento y obtener una cura para las enfermedades. De esta manera, la salud, la enfermedad y el cuerpo empezaron a tener bases de socialización que a la vez se convertían en un instrumento de la socialización de los individuos. Además, hace mención de que la medicina encuentra la economía no sólo por ser capaz de reproducir la fuerza de trabajo, sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para uno y un lucro para otros. Esto la convierte en un objeto de consumo utilizado por los laboratorios farmacéuticos, médicos, y los enfermos. Ante esto Foucault enfatiza que el cuerpo humano se introdujo en el mercado a partir de dos momentos: cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo y cuando la salud se convirtió en objeto de consumo, siendo el cuerpo el intermediario (Foucault, 1976).

Foucault utiliza en su análisis el concepto de *medicalización* –este concepto ayuda a la ubicación micro– la medicina comenzó a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, y se dio una mayor imposición de la medicina sobre el individuo como acto de autoridad, insertándose en los procesos domésticos de la vida cotidiana (Foucault, 1976).

Donnangelo y Pereira (1976), por otra parte, menciona que la extensión de la práctica médica, señala la intención de acentuar el aspecto más visible de la organización, en cierto

periodo, de los servicios médicos y expone direcciones importantes: 1) la ampliación cuantitativa de los servicios, la incorrección creciente de la población al cuidado médico y 2) la extensión del campo de la normatividad de la medicina con referencia a las representaciones o concepciones de salud y de los medios para obtenerla, así como las condiciones generales de vida (Donnangelo y Pereira, 1976).

Desde otra perspectiva, Illich (1975) habla de la medicalización como un proceso de extensión de la práctica médica que no corresponde a un fenómeno simple y lineal de aumento de un consumo específico. De igual manera, habla sobre la medicalización de la sociedad y de la vida que se centra en expresar el dominio destructor de la industria sobre la sociedad, misma que se puede observar en una enseñanza programada, vivienda urbanizada, tráfico motorizado, comunicaciones canalizadas, entre otras. Y que ante la medicalización de la sociedad y de la vida, el paciente queda reducido a un objeto en reparación, que deja de ser un sujeto al que se le ayuda a curar; y si se le permite participar en el proceso de reparación actúa como el último aprendiz de una jerarquía de reparadores (Illich, 1975).

Retomando a Foucault (1976), con su propuesta sobre la inmersión del cuerpo humano en el mercado, podemos aterrizar esta teoría de análisis en una medicalización sujeta a la dinámica social propia de un modelo económico que se manifiesta en el nivel microsocioal, donde el individuo pierde toda capacidad de decisión sobre su cuerpo y su vida cotidiana. Obedeciendo a patrones de normalización y homogeneización de diferentes prácticas, que van más allá de los espacios en salud, un ejemplo contundente es la alimentación.

Este capítulo muestra un modelo de atención médica imperante que responde a fuerzas económicas, que se antepone ante cualquier otro modelo que afecte los intereses

propios del modelo medicalizado, despojando al individuo de la toma de decisiones sobre su cuerpo y su propia salud. Este modelo desconoce, o deja en segundo plano, las determinantes o condiciones sociales de la población o de todo aquel que caiga en enfermedad; de igual manera, se observa que la práctica médica no queda únicamente en un espacio médico delimitado. Esta práctica médica, a través de la medicalización, impacta en la vida cotidiana, interviniendo en la alimentación y la interacción social.

El capítulo siguiente habla de cómo es que este modelo médico imperante se refleja en una condición específica, el exceso de peso.

OBESIDAD COMO ENFERMEDAD

En este capítulo se busca mostrar los elementos que han constituido a la obesidad como una enfermedad, más allá de una condición física. Se utilizan referencias internacionales en un inicio para comprender la definición que se maneja de manera global por parte de la Organización Mundial de la Salud, posteriormente se aterriza el tema con algunas aportaciones desde la academia.

Generalidades

La Organización Mundial de la Salud define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2016). La misma organización reconoce, por una parte, como causa fundamental del sobrepeso y la obesidad al desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Por otra parte, menciona que a menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo,

así como a la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, la agricultura, el transporte, la planificación urbana, el medio ambiente, el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y la educación (OMS, 2016). Aunado a esto, señala que la consecuencia relacionada con la acumulación de grasa es el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (que fueron la principal causa de muerte en 2012 en el mundo), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones, colon), (OMS, 2016).

Rivera y cols. (2012_a) mencionan en su obra "*Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*" que la obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja y multifactorial; donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales y económicos.

La American Medical Association, decidió otorgarle esta clasificación a la gordura a partir de un Índice de Masa Corporal de 30 kg/m^2 . Sin embargo, el debate con relación a si la obesidad debe ser llamada enfermedad continúa. A pesar de que la obesidad está relacionada con el desarrollo de ciertas comorbilidades, autores como Stoner y Cornawll (2014), proponen que estar obeso no significa necesariamente menos salud, por el contrario existe evidencia relacionada con la gordura y un buen estado físico.

Una aportación interesante es la que hace Moreno (2007) con relación a la salud y la enfermedad, reconociendo que no sólo son condiciones o estados del individuo humano considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las

sociedades. Lo que supone que la enfermedad debe verse como una construcción social, si bien ella rescata el tema desde la diabetes, realizar esta aproximación con respecto a la obesidad en sí misma representaría una reflexión obligatorio puesto que se ha visto como un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades crónicas y ha sido ya, definida como enfermedad.

Al igual que la OMS, Rivera y cols. (2012_a), reconocen que existe un balance positivo de energía causado por una ingesta energética mayor al gasto; y que este balance es la causa inmediata de la obesidad. Pero por otra parte, discuten que este desequilibrio tiene sus orígenes en un sistema causal de mayor complejidad, donde diferentes factores biológicos, sociales, culturales, políticos y económicos (locales y globales) se interconectan, integran e interactúan modificando las características de la alimentación y la actividad física, haciendo difícil el control y prevención de esta enfermedad tanto a nivel individual como poblacional.

Rivera y cols. (2012_b) han desarrollado el tema de las determinantes de la obesidad rescatando que, si bien el balance energético positivo es la causa inmediata del fenómeno, lo es a través de la ingestión y el gasto de energía mediados por la dieta, la actividad física y factores genéticos y epigenéticos; pero que a su vez, están influenciados por causas subyacentes como los cambios en la cultura alimentaria tradicional, la alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos industrializados con alta densidad energética y bebidas azucaradas, el mercadeo masivo de alimentos procesados, los precios de alimentos y el medio ambiente sedentario.

Azar y cols. (2015) mencionan que existen dos tipos de determinantes, los individuales y los sociales, reconociendo como los últimos a las características del lugar donde se vive, la densidad poblacional y la disponibilidad de comida saludable⁹. De igual manera, menciona que el sobrepeso y la obesidad pertenecen a un contexto en el que las políticas de urbanización e industrialización, la globalización, las condiciones de vida, de transporte, la familia, entre otros, son indispensables en la generación de esta condición (Rivera y cols., 2012b; Azar y cols., 2015).

⁹ La guía de orientación alimentaria, para la población mexicana, contiene una serie de recomendaciones relacionadas con la alimentación y nutrición adecuadas que busca ser útil para toda la población. Cabe mencionar que esta guía fue elaborada por un grupo interinstitucional de orientación alimentaria, conformado por diferentes expertos en el tema. Dentro de las recomendaciones sobre la comida saludable se menciona que no se trata de comer cualquier alimento, sino de obtener una alimentación que proporcione los nutrimentos que se necesitan de acuerdo a la edad, a la actividad física, sexo y estado de salud. Mencionan que consumir alimentos en poca o demasiada cantidad, hace que se presenten enfermedades por la mala nutrición como desnutrición y obesidad, o deficiencia de vitaminas y minerales que ocasionan diferentes trastornos. En específico a lo que llaman una alimentación correcta es a que tenga en cada tiempo de alimentación un alimento de cada grupo de alimentos (frutas y verduras; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal) Aportan 6 características muy concretas que deben conformar una alimentación correcta, que sea:

Completa: es decir que incluya por lo menos un alimento de cada grupo en cada tiempo de comida.

Equilibrada: que los alimentos contengan entre sí las proporciones nutritivas recomendadas para crecer, desarrollarse y mantenerse sano.

Higiénica: preparar los alimentos con la limpieza necesaria para no enfermarse.

Suficiente: consumir en cada comida la cantidad necesaria de alimentos para cubrir las necesidades nutricias.

Variada: incluir alimentos de diferentes sabores, colores, olores y consistencias en cada comida, para evitar la monotonía y asegurar el consumo de los diferentes nutrimentos que requiere el organismo.

Adecuada: al gusto, costumbres, disponibilidad y accesibilidad. Con relación a este último punto se menciona que lo que una familia come, depende de los alimentos que se encuentran en la región, dinero disponible para comprarlos, forma en que se acostumbra combinarlos, manera como se distribuyen entre sus miembros y preferencias al consumirlos y prepararlos. Y que para tener una alimentación correcta, cada familia debe aprovechar lo mejor posible los alimentos que tienen a su alcance y procurar que las comidas del día incluyan alimentos de los tres grupos.

Por otro lado la guía, aporta que los azúcares y grasas proporcionan energía, pero cuando se consumen en exceso ocasionan obesidad y enfermedades del corazón. Como aporte final, dan una serie de recomendaciones dirigidas a incluir frutas y verduras de temporada y de la región en cada comida, comer vísceras como mollejas, hígado, riñón y corazón por ser baratas y nutritivas; escoger frutas de color brillante, olor agradable y consistencia firme porque son más frescas; beber agua clorada (agregar 2 gotas de cloro por cada litro de agua y dejarla reposar por 30 minutos) o hervirla (hervir el agua y esperar por 3 minutos a partir del primer hervor); consumir aceites vegetales como el de girasol, maíz, soya, margarina y manteca vegetal, entre otros, en vez de grasas de origen animal como la manteca de puerco y la manteca; tomar un mínimo de 2 litros de agua al día; beber agua sola o de frutas, evitar el consumo de refrescos y jugos embotellados o enlatados; lavarse las manos antes de preparar y consumir los alimentos; así como, después de ir al baño; combinar un cereal como el maíz o el arroz, con una leguminosa como el frijol o el garbanzo para aumentar la calidad de la proteína, además que el cuerpo puede aprovecharlas mejor; consumir alimentos naturales preparados con poca grasa, sal y azúcar; utilizar solo sal yodada en la preparación de los alimentos; evitar el consumo de refrescos, pastelillos, chocolates o frituras que vienen en bolsita; si utilizan alimentos industrializados leer las etiquetas para seleccionarlo considerando su valor nutritivo, fecha de caducidad y número de porciones.

Ver más en Guía de Orientación Alimentaria (2015).

Etiología de la obesidad

Rivera y cols. (2012)^a utilizan el modelo ecosocial para explicar la influencia de factores ambientales en el comportamiento individual *véase cuadro 1*. Este modelo sugiere tres niveles de análisis pertenecientes a un sistema social y son los siguientes:

- **Microsistema** o entorno familiar: Que incluye a la familia nuclear y a la familia ampliada, resulta importante porque el individuo destina ahí una parte importante de su vida y en él se desarrollan las normas y los hábitos.
- **Mesosistema** o entorno comunitario: Se refiere al barrio, la vecindad, el círculo social cercano, escuelas y entorno laboral, se reconoce como un espacio en el que se ejerce influencia mediante la cultura y normas locales.
- **Macrosistema**: conformado por los factores sociales, económicos, culturales, legales, normativos y las políticas públicas que moldean a la sociedad.

Cuadro 1. Niveles de influencia en el modelo eco-social. Elaboración propia con información rescatada en (Rivera y cols., 2012^a).

Otro factor que se trae al análisis es el genético, los autores mantienen la hipótesis de que existen genes que predisponen al padecimiento de la obesidad, así como ciertos elementos de algunos alimentos. Vadillo en cooperación con Zambrano y Cruz (2012) hablan de la genética y epigenética de la obesidad, argumentando que la adiposidad está definida por la genética de los individuos y que contribuye hasta un 50% al cúmulo normal y anormal de tejido adiposo (Vadillo y cols., 2012).

Uno de los objetivos que Vadillo y cols. (2012) proponen en su investigación es resaltar que la obesidad no existe como una sola entidad, sino que existen diferentes

variantes, como obesidad mórbida¹⁰, obesidad abdominal¹¹, obesidad de inicio temprano¹², obesidad ginecoide¹³; y que cada una de esas variantes podría o no, tener un origen genómico (Vadillo y cols., 2012).

Dentro de la genética la obesidad se clasifica en tres categorías:

- *Obesidad monogenética*. Originada por un gen disfuncional. Los genes implicados son la leptina, el receptor de leptina, el de la proopiomelanocortina (POMC) y el melanocortina (MC4R) (*ídem*).

- *Obesidad sindromática*. Se caracteriza por tener un patrón de herencia mendeliano¹⁴, cursan con retraso mental, dismorfias y obesidad. Un ejemplo es el síndrome de Prader, donde presentan de manera común alteraciones en el metabolismo de lípidos e hiperglucemia, así como de problemas precoces de deglución, hiperfagia e insuficiencia cardíaca (*ídem*).

- *Obesidad poligénica o común*. Presencia de varios polimorfismos genéticos, a través de la interacción con el medio ambiente, se asocia a un depósito excesivo de grasa corporal. Entre los genes implicados en la etiología de la obesidad se encuentran los que codifican péptidos cuya función es enviar la señal de hambre y saciedad, genes implicados en el crecimiento y diferenciación de los adipocitos, genes metabólicos y genes implicados en el control del gasto energético (*ídem*).

¹⁰ Shiordia, *et al.*, (2012) se define como un sobrepeso de 50 al 100% encima del peso corporal ideal o 45 kg sobre el peso corporal ideal, también se toma en cuenta el criterio de un Índice de Masa Corporal superior a 40 kg/m².

¹¹ Moreno (2012). hace referencia a la acumulación de grasa en la zona troncoabdominal del cuerpo.

¹² Obesidad desarrollada en etapas tempranas de la vida.

¹³ Kaufer-Horwitz: exceso de grasa subcutánea en las caderas y zona femoral.

¹⁴ Transmisión de un único gen mediante un patrón dominante, recesivo o ligado al cromosoma X.

Otra aportación por parte de Vadillo y cols. (2012) es la relación del desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión con la programación genética temprana. Rivera y cols. (2012)^b, por su parte pone sobre la mesa otra hipótesis relacionada con los genes ahorradores, cuya función radica en favorecer la formación de depósitos de grasa e incremento rápido de peso durante periodos de abundancia, con el fin de tener reservas energéticas para sobrevivir a posibles hambrunas.

Obesidad como factor de riesgo

Como se mencionó al inicio de este apartado, la acumulación excesiva de grasa se asocia al desarrollo de diversas enfermedades crónicas; sin embargo, no son los únicos padecimientos asociados al sobrepeso y la obesidad. A continuación se detallan los efectos del exceso de grasa en el desarrollo de otros padecimientos.

Campos y cols. (2012) son tajantes al decir que la obesidad es un reto para el sistema de salud mexicano, por los efectos sobre la calidad de vida, el elevado costo de su tratamiento y su contribución al incremento en la mortalidad. El autor menciona que los problemas vinculados a la obesidad han destacado dentro del perfil epidemiológico de la salud poblacional de México. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 se observó que **9.4%** de la población tenía diagnóstico de diabetes, **28%** con hipercolesterolemia, y **25.5%** con hipertensión (ENSANUT-MC, 2016).

Por su parte la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha dicho que el aumento de la diabetes y la obesidad es una amenaza para los avances en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares. Afirma que para el 2015 la tasa de mortalidad por accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos había disminuido, pero que

el aumento a nivel mundial de la prevalencia de diabetes y obesidad, particularmente en los jóvenes, ponía en riesgo los logros obtenidos en la tasa de mortandad (OCDE, 2015).

Unikel y cols. (2012) proponen desde el área de las determinantes psicosociales que los hábitos alimentarios y, en general, los estilos de vida están determinados por factores propios del entorno. Hablan de la participación de la baja autoestima en la aparición de la obesidad y documentan que los trastornos depresivos pueden estar presentes en 3 de cada 10 pacientes con obesidad, resaltando que los factores asociados a la presencia de depresión son ser mujer, haber tenido o iniciado la obesidad en la adolescencia, presentar cambios en el IMC a lo largo de la vida y la influencia de las burlas debido al peso (Unikel y cols., 2012).

Las mismas autoras invitan a realizar una reflexión y a la vez una intervención en relación con la presión social ejercida por alcanzar ideales de belleza, que a su vez tiene un efecto en el grado de satisfacción de la imagen corporal, baja autoestima, diversos problemas de conducta y síntomas depresivos, entre otros problemas de salud mental; y que conllevan a una marginación educativa, económica y social en este grupo poblacional (Unikel y cols., 2012).

Torres (2012), a través de un análisis desde la demanda de alimentos, exhorta a la reflexión sobre la obesidad, su etiología y sus complicaciones. Trae a discusión la desorganización entre la economía, alimentación y salud a partir de una inmersión a la industrialización del país; que a su vez trajo como consecuencia la migración hacia las ciudades, sin tener una infraestructura suficiente social y urbana (Torres, 2012).

El incremento demográfico ha sido propuesto por varios autores como una determinante para los cambios alimentarios, ya que, se requirió de nuevos planteamientos en la forma de consumo de alimentos. Torres menciona que se restringió la preparación de alimentos en casa, trasladando el consumo alimentario a otros espacios, y que este

fenómeno responde a un modelo de demanda generado por nuevas necesidades de los consumidores en las ciudades (Torres, 2012).

Instituciones internacionales y nacionales han hablado sobre los costos que ha generado el sobrepeso y la obesidad, por ejemplo el Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. nos dice que 72% del presupuesto de salud se destina al tratamiento de la diabetes atribuible al sobrepeso y la obesidad, al generar un gasto de 82 mil millones de pesos (IMCO, 2015). Por último, Torres declara que los cambios en los hábitos alimentarios y el modo de vida y las enfermedades crónico degenerativas, además de causar discapacidad y muerte prematura, representan una carga adicional en presupuestos sanitarios nacionales (Torres, 2012).

En resumen se habla de una condición física, que ha sido transformada a una condición patológica a partir de la asociación con el desarrollo de ciertas patologías, el indicador por excelencia que ha imperado para realizar la clasificación del exceso de peso y su gravedad, ha sido el Índice de Masa Corporal; sin embargo autores como Alcotzin (2014) reconocen que existen deficiencias en este método de diagnóstico relacionadas con el sexo, la estructura y el somatotipo. En deportistas el Índice de Masa Corporal no es utilizado como una herramienta de diagnóstico, debido al mayor desarrollo de masa muscular, de ser utilizado se podría observar a un deportista con sobrepeso e incluso con obesidad, en el caso de los fisicoculturistas. Estas consideraciones apuntan a que el Índice de Masa Corporal, ha sido incorporado como una fórmula de fácil utilización para estudios poblacionales; sin embargo, se deja ver que no tiene el alcance suficiente para establecer un diagnóstico tan específico que clasifique a una persona como sana o enferma.

Por otra parte, el exceso de peso sigue estando determinado por la desigualdad social, se mencionan diferentes espacios que influyen en la generación de éste. Sin

embargo, no se debe dejar la discusión únicamente en lo que ha sido llamado ambiente o medio obesogénico, como si éste tuviera alguna limitación territorial. La desigualdad social se construye desde las relaciones de poder, manifestándose en la estructura social de diferentes maneras, con la disponibilidad, accesibilidad, capacidad de acción a partir de la educación, la cultura y el ingreso económico.

MEDICALIZACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y LA CORPORALIDAD

Como se mencionó en el capítulo “Estado y servicios de salud”, la instauración de una medicina estatizada e institucionalizada viene de la mano de un modelo médico hegemónico, que se traduce en una medicalización de la vida cotidiana y, en concreto, de la medicalización. Belch (2005) dice que la *medicalización de la alimentación*¹⁵ implica la patologización de diversas condiciones orgánicas y la *medicalización de la práctica de comer* para atenderlas (Belch, 2005; Moral, 2008).

Conrad, Foucault e Illich han aportado y construido la categoría de la medicalización, sosteniendo en primera instancia que este fenómeno pertenece a cambios e intereses macroeconómicos, políticos y sociales y, que consiste a grandes rasgos en trasladar la atención de diferentes situaciones de la vida cotidiana (no médicas), al espacio médico, clasificándolos como enfermedades o trastornos (Conrad, 2007; Foucault, 1996; Illich, 1975).

Por su parte Foucault (1985), formula que existen diversos elementos involucrados en la medicalización alimentaria, como discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas alternativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas (Foucault, 1985).

¹⁵ Rodríguez (2015), medicalización de la práctica del comer y alimentarse con dimensión primordial de la condición humana y de la vida cotidiana.

Aportando a la conceptualización de medicalización otras autoras como Rodríguez (2015), proponen ver a la medicalización como un proceso sociocultural multidimensional, el cual puede implicar o no la profesión médica. Dejando una puerta de acción para los profesionales, mercados de la salud, medios y consumidores que llegan a interactuar en una dinámica de retroalimentación entre distintas fuerzas sociales. Y retomando el concepto de dispositivo biopolítico de Foucault, Rodríguez (2015) ubica en una dimensión subjetiva, las características de esta propuesta que son la medicamentación de los alimentos y la medicalización de la alimentación; la tecnificación y fragmentación de los alimentos y de los cuerpos; los mecanismos de normalización y moralización y responsabilización alimentaria y, las tecnologías de gobierno alimentario (Rodríguez, 2015).

Con respecto a lo anterior, Rodríguez (2015) manifiesta que las disciplinas médico-nutricionales cada vez toman más fuerza para determinar las pautas para el cuidado de la salud, como consecuencia existe una legitimidad sobre la producción de comestibles, la normalización de su consumo y la regulación de su ingesta (Rodríguez, 2015).

Desde el siglo XIX se manifestó la influencia de la dieta en la salud y su relación de causa-efecto en la aparición de ciertas enfermedades, los intereses de los nutricionistas han ido variando al compás que lo han hecho la ciencia y las sociedades. La nutrición, como disciplina, surge a mediados del siglo XIX estimulada por los problemas prácticos que afectaban a la salud de las poblaciones occidentales con relación en la calidad de los alimentos producidos (Gracia, 2009).

En la primera mitad del siglo XX, las vitaminas fueron las que llamaron la atención al comprobarse que enfermedades carenciales como la pelagra o el raquitismo, comunes en los estratos sociales bajos, se debían a la carencia de alguna vitamina en la dieta. Gracia menciona que la inaccesibilidad a ciertos alimentos fueron causantes de enfermedades

carenciales; sin embargo, hoy en día algunos de esos alimentos como la carne o dulces, son consumidos en forma abundante y consiguientemente han traído un incremento en la prevalencia de dislipidemias y obesidad y, a causa de esto, la ciencia nutricional se ha legitimado como la principal prescriptora sobre qué es lo que debemos comer o evitar para estar sanos (Gracia, 2009).

Illich (1975) menciona que existe una práctica médica que se ha construido a partir de diversos intereses industriales y de un distanciamiento entre el médico y el paciente. Esta práctica consta de tres niveles: la yatrogénesis clínica¹⁶, la yatrogénesis social¹⁷ y la yatrogénesis estructural¹⁸ (Illich, 1975). Dentro del primer nivel, *yatrogénesis clínica*, toman parte los intentos médicos por protegerse contra la posible demanda del paciente por mal ejercicio profesional, el reforzamiento de una sociedad enferma a partir de las dolencias, potenciando la demanda del papel del paciente. En relación con la *yatrogénesis social*, Illich menciona que existe una excesiva medicalización, manifestándose en diferentes esferas de la vida cotidiana. Por último, la *yatrogénesis estructural*, aborda la parálisis de las reacciones saludables ante el sufrimiento, que se puede interpretar como una intolerancia al dolor y al aprendizaje que trae consigo (Illich, 1975).

Turner (1982), en relación con la medicalización de la vida cotidiana (en la que se incluye la alimentación) declara que esta conlleva a una responsabilización del individuo sobre su estilo de vida y a una normalización del comer y de la actividad diaria, dando origen

¹⁶ Illich, yatrogénesis clínica: término utilizado para demostrar como la medicina produce daños clínicos superiores a sus beneficios.

¹⁷ término relacionado con una excesiva medicalización de la sociedad. Menéndez (1998) habla de una iatrogenia negativa, que aparece como una expresión del proceso ensayo-error que la medicina alopática aplica conscientemente o no. Pone de ejemplo la mamografía, destacando que en algunas sociedades desarrolladas es una de las principales causas de cáncer de mama.

¹⁸ Yatrogénesis estructural: término utilizado para definir un complejo médico-industrial, lleno de bienes y servicios.

a la dietética (Turner, 1982). Gracia menciona la consideración de que las exigencias cotidianas de algunas personas no permiten un régimen alimentario tan conveniente como ellas mismas desean o como las autoridades sanitarias demandan, porque para cambiar de dieta es necesario también cambiar de vida, lo cual no sólo es siempre difícil, incluso aunque amenace la salud, sino que puede llegar a ser imposible (Gracia, 2009).

En el apartado anterior (Obesidad como factor de riesgo) se expone la crítica que algunos autores realizan sobre la determinación de la obesidad, reconociendo que hay un nivel macro al que pertenecen los modelos económicos, la urbanización, y la globalización en tanto que estos influyen en la organización cotidiana; a nivel cultura, social y económico. Estos elementos aportan a la postura de Gracia (2009), la relación con la demanda de cambios de vida; no goza de completa autonomía para tomar las decisiones alimentarias, de actividad, de trabajo, de distribución del ingreso, etc.

Medicalización, corporalidad y salud

Rodríguez (2015) argumenta que en el marco de los procesos de medicalización y la salud perfecta, existe una dimensión del cuerpo que no debe pasar desapercibida: el “debería ser “ en relación con el cuerpo (*perfectibilidad*), forma parte de la instauración de este modelo. Señala que existe una tecnificación y fragmentación de los alimentos y los cuerpos, y que se interpreta como un vínculo estrecho entre alimentación y cuidado de la salud. Ante esto, Rodríguez (2015), afirma que la industria alimentaria ha sacado provecho a partir de la fragmentación de los alimentos, en la que se utiliza como valor agregado el componente funcional del alimento, para potenciar su consumo y de esta manera contribuir al control del cuerpo y la salud en un modelo de cuidado personal-privado.

En relación con el control del cuerpo Foucault hace mención a que existe una socialización del cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo (Foucault, 1996).

Rodríguez (2015), por su parte, argumenta que el modelo de cuidado personal, adquiere un estatuto de capital que debe ser preservado e incrementado. Citando a Foucault, Rodríguez declara que la concepción del cuidado del cuerpo, a través de la salud, arroja una categoría a analizar, la categoría de “empresa”, ya que se tiene una apropiación del cuidado del cuerpo como inversión sobre sí mismo y el cuidado de la salud como capital, dando origen a un *homo economicus*, haciendo referencia a un empresario de sí mismo. Lo anterior representa la legitimación de una serie de gastos y de inversión para conseguir cierta mejora de su propia persona. Rodríguez indica que lo anterior forma parte de un nivel en el que el gobierno y el individuo interactúan (Rodríguez, 2015).

Turner (1989), citando a Marx, afirma que el proceso de desarrollo, implica una trayectoria en la cual las fronteras de la naturaleza son forzadas a retroceder bajo el impulso del cambio social y tecnológico. Y que a consecuencia de esto, el cuerpo llega a ser transformado por los procesos sociales de la industrialización, el capitalismo y la ciencia, llamándole a esto, la *racionalización*. Para Turner, la racionalización del cuerpo implica la conversión en un objeto de poder y del saber y llega a este nivel al perder la espontaneidad y la naturaleza, ante las ciencias del cuerpo y de la industrialización del entorno del cuerpo y conceptualiza a la cultura moderna como un proceso de individualización y de manejo racional (Turner, 1989).

Por último, quiero exponer el ejemplo relacionado a la dieta que Turner hace, diciendo “la dieta significa, en la medicina griega, un modo de vida y es un componente del régimen médico, donde el régimen mismo significa una forma de gobierno”, ante esto él concluye que

el cuerpo, por medio de la medicina y la dieta, se convierte en un elemento de los procesos políticos para regulación y contribución al orden social (Turner, 1989).

Como se ha señalado hasta ahora la obesidad como enfermedad va más allá de una condición física, existe una interacción y determinación desde el ambiente, la cultura, las políticas y la sociedad. La alimentación es un claro ejemplo y un determinante de la obesidad que liga a esta condición con el entorno, ya que es un fenómeno que pertenece a un contexto económico, social, político y cultural determinado.

Más adelante daremos espacio al desarrollo de la categoría de alimentación, con el fin de comprender mejor la determinación social de una condición específica, como lo es la obesidad.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

El Reporte de la Salud Mundial de las Naciones Unidas de 2002 expone una preocupación por parte de los países participantes, debido a la identificación de los principales riesgos a los que se enfrenta su país, por ejemplo, el tabaquismo, alcoholismo, alimentación poco equilibrada, resaltando que la obesidad y las enfermedades crónicas junto son los traumatismos por accidentes de tráfico, se encuentran en los primeros puestos. A consecuencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) desarrollaron el documento llamado “Dieta, Nutrición y la Prevención de Enfermedades Crónicas”. En este documento se reconoció que los cambios registrados por los regímenes alimentarios y los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados, han repercutido de manera considerable en la salud y el estado nutricional de las poblaciones. Los países miembros de las Naciones Unidas, donde México está presente,

adoptaron la Estrategia Global sobre Régimen Alimentario y Actividad Física, la cual consistía en identificar los diversos determinantes de la obesidad y hacer un llamado a los gobiernos para tomar acciones y ponerlo en la agenda de manera prioritaria (Organización Mundial de la Salud, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2003; Rivera, 2012).

La Estrategia Global sobre el Régimen Alimentario y Actividad Física¹⁹, planteó la promoción y protección de la salud a partir de la orientación a la creación de entornos favorables para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que dieran lugar a una reducción en la morbilidad de los países miembros ligada a una alimentación poco sana y la falta de actividad física. La estrategia presentó cuatro objetivos principales y fueron los siguientes:

1) Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física, mediante una acción de salud pública esencial y medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad.

2) Promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención.

3) Fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que fueran sostenibles, integrales e hicieran participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión.

4) Seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad

¹⁹ Ver el documento completo en http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones; y fortalecer los recursos humanos que se necesiten en el terreno para mejorar y mantener la salud.

Autores como Nava y cols. (2014) proponen un modelo biomédico de comprensión de la obesidad, que contribuye a construir un peso corporal y las maneras de comer como un problema social. Como parte de esta visión biomédica se distingue una triada de factores, dichos elementos aportan complejidad al abordaje de la obesidad: a) *los problemas de estandarización universal en medición y clasificación de los grados de sobrepeso y obesidad;* b) *las dificultades que entraña una definición que en principio se circunscribe al grado de acumulación de grasa, para pasar a vincularse a problemas potenciales de salud, calidad de vida o costes sanitarios;* y por último, c) *la aparente ineficiencia de los programas de prevención y concienciación.* Incluso mencionan que políticas y programas preventivos que han tenido efectos de medicalización del problema y culpabilización de quienes lo padecen (Nava y cols., 2014).

Rivera y cols. (2012) exponen que además de los cambios de conducta en el ámbito individual, se requiere del trabajo de los gobiernos sobre el entorno promotor de obesidad, para hacerlo más propicio a la práctica de alimentación saludable y actividad física por parte de la población.

Al analizar la estrategia, ésta se centra en promover y proteger la salud a través de la alimentación sana y la actividad física, reconociendo que representan una oportunidad única para elaborar y aplicar una estrategia eficaz que reduzca sustancialmente la mortalidad y la morbilidad a nivel mundial. De igual forma, señala que para cambiar los hábitos alimentarios y de actividad física serán necesarios los esfuerzos combinados de muchas partes interesadas, públicas y privadas, y que esto requerirá de varios decenios. La Estrategia Mundial describe las responsabilidades de las partes implicadas y hace recomendaciones

sobre la actuación de los principales interesados: los *Estados Miembros, la propia OMS, los asociados internacionales, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales y el sector privado* (OMS, 2017).

Contrastando la propuesta de la OMS con la de los autores expuestos anteriormente, es pertinente resaltar el corte de la Estrategia, donde la promoción de un buen régimen alimentario y una adecuada actividad física serían suficientes para hacer frente al problema; sin embargo, se deja en el aire la capacidad de acción en relación con las condiciones de vida, nivel socio-económico, en resumen, se deja pendiente el enfoque sociocultural de la obesidad.

Otras organizaciones internacionales como el Center for Disease Control and Prevention (CDC), manifiesta que no existe una única solución para la epidemia de obesidad, que por el contrario debe tener una aproximación desde diferentes aristas, mencionan que organizaciones locales, políticas y el propio Estado; líderes comunitarios y empresariales, escuelas, profesionales de la salud y cualquier persona deben unir esfuerzos para crear espacios de estilos de vida saludable. Como parte de las medidas locales y estatales la CDC propone a los lectores de sus artículos conocer el Índice de Masa Corporal, procurar un peso saludable, y realizar actividad física de manera regular, ya que se trata de acciones que le permitirán combatir la obesidad (CDC, 2017).

En Latinoamérica se reconoció a Chile como uno de los vanguardistas en el abordaje del sobrepeso y la obesidad. En 2001 implementó una estrategia para la prevención de obesidad infantil conocida como “Quiosco saludable”, cuyo objetivo era prohibir la venta de frituras, galletas, refrescos y comida chatarra en las escuelas, solo se vendían alimentos como yogurt, leche, frutas, pan y otros (Barrientos y col., 2008).

Más adelante veremos cómo ha sido la apropiación por parte del Estado mexicano de esta estrategia mundial y cómo se han gestionado a partir de ella las políticas y programas de atención al sobrepeso y la obesidad. Por ahora el capítulo siguiente tratará de conceptualizar la obesidad como una enfermedad, en la que se ven inmersos diferentes factores, determinantes y posturas teóricas.

ALIMENTACIÓN COMO PROCESO SOCIOCULTURAL QUE INTERVIENE EN LA VIDA DE LA GENTE

Como se ha señalado a lo largo del texto, las estrategias implementadas en la concepción del exceso de peso –como enfermedad– en el caso de la obesidad , y –como factor de riesgo– en el caso del sobrepeso, tienen la característica de dirigirse a la promoción de los hábitos saludables, uno de estos hábitos a “mejorar” es la alimentación. La alimentación va más allá de la ingesta *per se* de los alimentos, esta está determinada por un contexto social, económico, político y cultural definido.

Fischler (1995), establece que la alimentación posee funciones sociales y que por diferentes vías de acceso se instauran en la estructura social, su clasificación con ciertas vías, es la siguiente:

- 1) *Institucionales*: donde se da la integración de otros individuos al acto alimentario, y
- 2) *simbólicas* o imaginarias: donde los atributos se conectan al deseo y por ende al consumo (Fischler, 1995).

En su obra este mismo autor expone de manera constante la construcción de las decisiones alimentarias en diferentes niveles, habla de un acto de comer desde lo íntimo y el gusto, pasando por una conceptualización de la alimentación, como una función biológica vital, pero también como una función social esencial, donde la cultura y lo colectivo, imponen

categorías de análisis más allá de lo biológico y donde la *comensalidad*²⁰ juega un papel importante al estar en constante choque con la cotidianidad moderna, donde el gobierno del cuerpo y la racionalización siguen contribuyendo a la construcción de las elecciones alimentarias (Fischler, 1995).

Un fenómeno claro del siglo XX fue la instauración de un conflicto de mercado entre las potencias agrícolas y los países pobres que fueron perdiendo soberanía alimentaria al crear una dependencia de los suministros externos, lo que además vulneró la economía y que se ha manifestado con el desarrollo de ciertas enfermedades, como lo fue en aquel siglo la desnutrición en México (Torres, 2001).

El mismo autor identifica que existen factores que se asocian a la estructura de los patrones alimentarios²¹, en el caso de México los que sobresalen son la influencia permanente de algunos productos que conforman originalmente la dieta del mexicano (como el maíz); las limitaciones, asimetrías y heterogeneidad que derivan de la distribución del ingreso; la estructura familiar que altera la organización tradicional del consumo y la globalización de la economía, que diversifica la economía y contribuye a la introducción de productos diferentes a los habituales, sin modificar sustancialmente los hábitos, así como las condiciones que impone el desarrollo económico a partir de la competencia, la publicidad, la presentación, la diversificación y la implantación de sistemas de distribución que define formas individuales, grupales y globales en el consumo alimentario (Torres, 2001).

A partir de los párrafos anteriores se puede rescatar que la alimentación está sujeta a la cultura en cierto territorio, a la disponibilidad en el mercado, a la organización tradicional

²⁰ Término utilizado por varios autores para identificar el momento en el que comen en la misma mesa varios individuos donde se estrechan relaciones, los vínculos sociales y de comunidad.

²¹ Martínez (2001) definido como un conjunto de productos que un individuo, familia o grupo de familias consumen de manera ordinaria según un promedio habitual de frecuencia estimado, por lo menos una vez al mes, o bien que dichos productos cuenten con un arraigo tal en las preferencias alimentarias que puedan ser recordados por lo menos 24 horas después de consumirse.

del consumo y a los procesos globales que determinan la economía. Se habla de fenómenos complejos en los que el individuo, a pesar de poseer autonomía para las decisiones alimentarias, estará siempre sujeto “a lo que hay, a lo que le alcanza, a lo que le gusta, y a lo que se debe”.

Por último, Torres (2001), nos menciona que el patrón alimentario como proceso social, no puede estructurarse únicamente a partir de la suma de productos al consumo diario; sino que se da una intervención de diferentes productos como vegetales y animales que están sujetos a selección comestible; el intercambio de información alimentaria, el desarrollo tecnológico aplicado a modelos agrícolas; el entorno físico regional; el desarrollo económico; las condiciones en la distribución del ingreso y las posibilidades reales de gasto. Y que la alimentación como consecuencia del patrón alimentario, además de aportar nutrientes al organismo, se encuentra modelado por la personalidad, la cultura y las circunstancias.

Contreras (2005) menciona los elementos de la dieta como parte de un *código alimentario*, en el que los alimentos o sus componentes (preparación, transformación, tiempo de consumo.), expresan aspectos de las relaciones sociales, la identidad cultural y la división sexual del trabajo por una parte y por otra habla de elecciones dietéticas asociadas a condiciones económicas, que se reflejan en limitaciones, en la selección de alimentos que eventualmente se verá reflejado en un estado nutricional. Para Contreras, la elección de alimentos básicos varía según la posición económica, donde la dieta ha sido utilizada como un indicador del bienestar económico y nutricional (Contreras, 2005).

Es posible ver hasta aquí, que la determinación de la alimentación va más allá de la selección de los alimentos, de acuerdo con Contreras (2005), las decisiones alimentarias se verán reflejadas en un estado nutricional. Actualmente, países como México, presentan lo que se ha llamado una triple carga nutricional, esto quiere decir “que la población presenta desnutrición, sobrepeso y obesidad, y la tercera hace alusión a un exceso de peso con carencia de micronutrientes como el hierro”.

Desde la sociología de la alimentación, autores como Díaz y Gómez (2005), citando a Poulain, hablan de un espacio social alimentario, concebido como una herramienta para el estudio de los modelos alimentarios, delimitado por las constricciones biológicas y ecológicas y que se constituye a partir de las siguientes dimensiones: *el comestible, el sistema alimentario, el culinario, el espacio de hábitos de consumo, la temporalidad alimentaria y el espacio de la diferenciación social*. Díaz y Gómez (2005) dicen que el estudio de la alimentación desde la sociología y la antropología han propuesto una categoría de análisis del acto alimentario, sí como un fenómeno social total, pero también como un fenómeno humano total (Díaz y Gómez, 2005). Los mismos autores mencionan que la alimentación se ha utilizado para entender o tener un acercamiento a otros fenómenos sociales como la desigualdad, el poder y la religión, vinculando estos al consumo de alimentos, aunque proponen un acercamiento del consumo alimentario con la producción (Díaz y Gómez, 2005).

Si bien, hablar de globalización alimentaria no es algo nuevo y novedoso, podría decirse que sí es una propuesta teórica indispensable para analizar y proponer en materia de alimentación, consumo de alimentos y salud. Como se ha rescatado a lo largo del texto, los procesos económicos han emergido a la par de la desigualdad social como es el caso de México y América Latina. En tanto que, los problemas asociados con la alimentación comprenden categorías de análisis más complejas, como la distribución de la riqueza, la

distribución alimentaria, la producción de alimentos, la accesibilidad alimentaria, y por qué no, la soberanía alimentaria, entre otras.

Torres (2001) expresa que el siglo XX representó un momento crucial en el tiempo para desarrollar las condiciones necesarias para el contacto cultural entre América y Europa, así como la revolución de los patrones alimentarios. Él mismo reconoce ese momento como una cumbre para establecer las bases de una permanente globalización, de las formas de producción y consumo, además del enriquecimiento y diversificación de la cultura alimentaria en el mundo (Torres, 2001).

Aportando a una mayor comprensión del párrafo anterior, se retoma a Bertran (2015) cuando habla del acto de comer, como una actividad cotidiana, que funge como pieza fundamental en la organización doméstica. Aterrizando al comportamiento alimentario como un fenómeno complejo que pertenece a cierto contexto social, económico, político y cultural, donde los individuos se enfrentan a una gran diversidad de opciones alimentarias e ideas acerca de la comida (Bertran, 2015).

Con base en lo anterior, se concluye este apartado reconociendo que este fenómeno complejo llamado alimentación, se encuentra inmerso en procesos globales, internacionales, multinacionales, con una dimensión económica, política, cultural y social, que además “tiene una dimensión microsocioal” en el que se manifiestan ciertas negociaciones a nivel doméstico y donde se refleja en alguna medida el porqué de las decisiones alimentarias.

Las últimas líneas de este capítulo sirven como introducción al siguiente apartado en el que se tratará de problematizar la situación de la obesidad con los modelos de atención de manera general en México, y de manera concreta en las UNEME-EC, que pertenecen a la Secretaría de Salud y que se encuentra disponible para los asegurados al Seguro Popular.

II. MARCO EN MÉXICO

ESTADO Y SERVICIOS DE SALUD

En el tercer informe de labores del ejecutivo del periodo presidencial en curso, se estableció un compromiso para avanzar en el acceso efectivo a servicios de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 4º señala “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud[...]”. Y con el fin de atender al compromiso anterior, actualmente se mantiene en pie la estrategia de consolidar un Sistema Nacional de Salud Universal. La cobertura universal en salud es un movimiento global que se ha venido gestionando desde hace varias décadas y que ha dejado como muestra el caso de Colombia, Chile, España y Perú (Secretaría de Salud, 2015; OPS/OMS, 2013).

El documento emitido por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, deja ver una propuesta que consiste en la fusión del sector público con el sector privado, buscando efectuar un Sistema de Salud Universal en México, efectivo, equitativo y solidario. La propuesta dirigida a la participación de las aseguradoras consta de tres estrategias: la primera, *Seguro para ampliar la cobertura del Plan Básico de Salud*, que consiste en la estipulación de paquetes de atención a la salud, con la flexibilidad de ampliar la cobertura de cada paquete condicionado a un pago. Se menciona que este plan será financiado directamente por las personas mediante el pago de una prima o a una institución de seguros privada y de copados al momento de recibir los servicios médicos. La segunda, *Seguro para ampliar la Red de Prestadores de Servicios*, que ofrece la posibilidad de atenderse con proveedores privados cubriendo un diferencial en

costo. Por último, la *Prestación de servicios médicos*, que propone un sistema de precios definido para médicos o para servicios médicos especializados como estudios de laboratorio, imagenología, diagnóstico especializado. (OPS/OMS, 2013).

Esta cobertura universal de salud comprende tres etapas: la primera, *afiliación universal*, término relacionado con la cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; la segunda, *cobertura universal*, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos y, la tercera, *cobertura efectiva universal*, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad (Knaul y cols., 2013).

Una vez expuesta la postura del Estado ante los retos reconocidos en servicios de salud, me permito incluir al diálogo, información epidemiológica que deje ver el panorama en cuanto acceso y distribución de los servicios de salud en la población mexicana de 2006 a 2016, véanse *tabla 1 y 2*.

Servicio de Salud	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012	ENSANUT 2016
Sin afiliación a ningún programa de salud	48.5%	25.43%	13.4%
Seguro popular	14.6%	36.55%	43.3%
IMSS	27.6%	30.42%	38.1%
ISSSTE, PEMEX, defensa o marina, seguro privado, otras instituciones.	9.3%	7.6%	5.2%

Tabla 1. Porcentaje de cobertura en Salud a nivel Nacional. Elaboración propia.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016.

Servicio de salud	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012	ENSANUT-MC 2016
Sin afiliación a ningún programa de salud	50.7%	24.4%	N/A
Seguro Popular	1.9%	24.8%	N/A
IMSS	41.9%	36.5%	N/A
ISSSTE, PEMEX, defensa o marina, seguro privado, otras instituciones.	5.5%	14.3%	N/A

Tabla 2. Porcentaje de cobertura en Salud en la Ciudad de México. Elaboración propia.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016.

Tomé como referencia primaria los datos obtenidos en la ENSANUT 2012, ya que corresponden en mayor medida al periodo en el que se planteó el problema que dio origen a esta tesis. Se observa para el 2012 que el mayor porcentaje de afiliados a un servicio de salud se encuentra en el Seguro Popular a nivel nacional; sin embargo, en la Ciudad de México la mayor afiliación se encuentra en el Instituto Mexicano del Seguro Social, como se mencionó anteriormente, las UNEMES-EC pertenecen a las instituciones encargadas de atender a los afiliados al seguro popular, en la tabla siguiente observaremos a qué quintil socioeconómico pertenecen en su mayoría los afiliados al Seguro Popular.

Quintil Socio-económico	Porcentaje
I	59.4%
II	42.7%
III	31.5%
IV	22.1%
V	11.2%

Tabla 3. Porcentaje de afiliados al Seguro Popular por Quintil de Categorización Socioeconómica. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

Se observa que el mayor porcentaje en la ENSANUT 2012, pertenece al quintil socio-económico más bajo a nivel nacional, rescatando el mismo dato en la ENSANUT 2016, donde 87% de los afiliados al Seguro Popular, se encuentran en el quintil I (ENSANUT-MC, 2016).

En resumen, se ve un incremento en el porcentaje de afiliación al Seguro Popular y a la par ha crecido el porcentaje de la población usuaria que pertenece al quintil socioeconómico menos beneficiado. A partir de lo anterior y para cerrar este apartado hablaré del primer nivel de atención.

Primer nivel de atención en México

Se entiende como primer nivel de atención al conjunto de unidades donde se reduce la mayoría de los contactos con el sistema de salud, en este nivel se integran la prevención, curación y promoción de la salud para mantener, mejorar y rehabilitar la salud de la población (Instituto Nacional de Salud Pública, 2014).

En México los servicios de este nivel de atención prestan servicio al 25.4% de la población que no cuenta con seguridad social y al 36.55% de la población con Seguro Popular. El INSP, reconoce diferentes brechas en el primer nivel de atención, relacionadas con el aspecto legal, estructura jerárquica y organizacional y, el desempeño de la estructura directiva. Autoras como López y cols. (2011) hablan de una necesidad de transformar el sistema de salud en México, partiendo de ciertas deformidades en su manejo. Una de las principales brechas que reconocen las autoras es un primer nivel de atención insuficiente para la demanda, señalan una desorganización en las instituciones de primer nivel que forman parte de la Secretaría de Salud, a la vez que mencionan que estas instituciones se

encuentran en gran medida a cargo de pasantes de servicio social, reconociendo que carecen de las competencias necesarias para otorgar atención primaria de calidad.

Las brechas localizadas en el primer nivel de atención, son utilizadas por las autoras (López y cols., 2011) para hacer crítica a la sobre-especialización que existe en el sistema de salud mexicano, argumentando que al no existir un primer nivel de atención que cubra los objetivos propios de este, no puede tener éxito un nivel especializado, por otra parte reconocen que existe una subutilización de unidades médicas, y, al mismo tiempo una falta de infraestructura en otras regiones, de igual forma se reconoce que existen retos vinculados con las barreras geográficas para llegar a toda la población, culturales, económicas y organizacionales; inequidad, en la calidad entre una región y otra; y una deficiencia de recursos tanto materiales como humanos.

En suma, este apartado muestra el momento actual de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, en concreto “del primer nivel de atención”, que es al que pertenecen las UNEMES-EC. Se puede observar que si bien, han mejorado los porcentajes de cobertura y hoy en día una mayor parte de la población tiene afiliación a un seguro médico, –en este caso el Seguro Popular–; no obstante, esto da la pauta para cuestionarnos ¿a quién se atiende en el Seguro Popular?, o quiénes son los que hacen uso de este servicio. Tal como muestran las tablas (1 y 2), la población que en su mayoría está afiliada al SP, es la población más pobre del país, sin ignorar que 1 de cada 4 mexicanas o mexicanos no gozan de algún seguro.

Como bien lo menciona López y cols. (2011), aún existen brechas no solo operacionales y administrativas como lo ha señalado el Instituto Nacional de Salud Pública (2014) y, retomando a Menéndez (2005), se puede definir la existencia de un servicio de salud que ha sido construido históricamente para intereses particulares, donde la población

ha sido víctima de marginación, desigualdad social, donde el acceso a la salud y el proceso salud/enfermedad/atención ha dependido de ser indígena o no; de ser mujer y hombre, del nivel económico/ocupacional, la pertenencia al medio rural o urbano.

OBESIDAD EN MÉXICO

El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas han dado origen a una gran cantidad de acuerdos, marcos regulatorios, programas, alianzas nacionales e internacionales, en materia de salud y alimentación.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), (2006) expuso que 39% de la población adulta padecía de sobrepeso y 30% de obesidad. La prevalencia de sobrepeso era más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%), mientras que la obesidad era mayor en mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2 %). Lo que daría como prevalencia combinada (sobrepeso y obesidad juntas) 71.9% en mujeres y 66.7% en hombres. En población entre 5 y 11 años la prevalencia de sobrepeso fue de 20.2% y 14.6% de obesidad (ENSANUT, 2006).

En la ENSANUT 2012 se observa una prevalencia de 70% de sobrepeso y obesidad en adultos; entre los hombres mayores de 20 años se observa una prevalencia de 42.6% con sobrepeso y 26.8% de obesidad; en las mujeres las cifras son 35.5 y 37.5% respectivamente. En relación con escolares la prevalencia de sobrepeso 19.9% y la de obesidad de 14.6%. Por otra parte, las Enfermedades No Transmisibles concentran 78% de las muertes en el país. Las principales son Diabetes Mellitus (DM) 14.3%, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) con 43.2%, enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Para ese entonces se estimaba que la atención de la DM absorbe 15% de los recursos totales del Sistema Mexicano de Salud (ENSANUT, 2012).

Para el 2016, se publicó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016, para exponer los datos de esta encuesta incorporé una tabla para comparar la evaluación con respecto a las encuestas anteriores en población adulta e infantil.

Grupo etario	2006		2012		2016	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Adultos	39%	30%	38%	32.7%	39.2%	33.3%
Niños (5-11 años)	20.6%	14.6 %	19.8 %	14.6%	17.9%	15.3%

Tabla 4. Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad, a partir de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (2006, 2012 y 2016).
Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Salud Pública 2006, 2012 y 2016²².

A continuación se muestran los datos específicos en la Ciudad de México.

Grupo etario	2006		2012	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Adultos >20 años	40%	30%	39.9%	33.9
Adolescentes 12-19 años	21.7%	13.6%	20.2%	18.7%
Niños (5-11 años)	24.8%	20.7%	22.1%	13.1%

Tabla 5. Prevalencia en la Ciudad de México de sobrepeso y obesidad, a partir de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición por Entidad Federativa (2006 y 2012). Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Salud Pública 2006 y 2012.

Si bien, los programas de promoción de hábitos saludables han tenido gran cabida en las políticas de salud, en los últimos 10 años, han formado parte importante de las políticas intersectoriales y de las estrategias nacionales para enfrentar los problemas de salud pública.

²² Dentro de la Encuesta Nacional de Salud y nutrición Medio Camino, se reconoce que se aplicará en una selección de hogares de la República Mexicana, es decir, únicamente a una parte de la población seleccionada al azar, con la finalidad de tener una muestra representativa a nivel nacional. Ver más información en <https://www.insp.mx/ensanut/medio-camino-16.html>

Las autoridades mexicanas vieron la necesidad de implementar medidas que permitieran disminuir el gasto en salud para el 2008; y que la atención médica atribuible al sobrepeso y la obesidad correspondía a .5% del PIB total, 10.8% del gasto total en atención médica en salud en el 2006 y 18.5% del gasto programable de la secretaría de salud para 2008. Es decir, la obesidad empezaba a considerarse un riesgo para la economía mexicana por el gasto que representaba (Secretaria de Salud, 2008).

Las UNEMES-EC surgen como parte de la estrategia del Estado para hacer frente al panorama de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas (Secretaria de Salud, 2007). En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se menciona como una de las necesidades primarias: llevar a cabo acciones para atención en la población adulta mayor, ya que se vería afectado principalmente por enfermedades no transmisibles (obesidad, diabetes, hipertensión e hiperlipidemias). Para ese entonces se estimó que en México existían tres principales causas de muerte que concentran más de 33% en la muerte de mujeres y más de 26% de las muertes en hombres; la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares (Secretaria de Salud, 2007).

En México, entre el 2000 y el 2013, la proporción del PIB invertido en salud mostró una variación de 5.9 a 6.3%, el gasto público en salud aumentó como porcentaje del PIB en ese mismo periodo de 2.59% a 3.26%; sin embargo, está por debajo del promedio de los países de la OCDE y por debajo del 6% que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda en relación con la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Este gasto era predominantemente privado (54%) y en su gran mayoría era *gasto de bolsillo*²³.

²³ Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Pago directo que hacen los hogares por los servicios de salud al momento de recibirlos. El gasto de bolsillo tiene como límite máximo el ingreso percibido por los hogares, el cual puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta del patrimonio.

PROGRAMAS EN MÉXICO

Plano Nacional

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS 01-06) con base en la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 se reconoce que México se enfrenta a un panorama de mala nutrición tanto por deficiencia como por exceso, no se desconoce la presencia de desmedro y anemia, pero si se enfatiza en que el sobrepeso y la obesidad son cada vez más frecuentes, así como los padecimientos crónicos asociados a ellos (Secretaría de Salud, 2001).

En el mismo PNS 01-06 se propone la implementación de acciones tendientes a desechar estilos de vida que favorezcan el sobrepeso, la obesidad y la aparición de enfermedades crónicas asociadas.

Dentro de estas acciones se encuentran:

- *Promover la actividad física y las dietas bajas en calorías, colocando a las escuelas como los sitios ideales para la promoción de estilos de vida saludables.*
- *Proporcionar información sobre la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ella; -regular de manera estricta la promoción publicitaria de los alimentos ricos en calorías, incorporando información sobre los riesgos asociados a su consumo; y por último, implantar estrategias para la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico temprano (Secretaría de Salud, 2001).*

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS 07-12) se reconoce que existen tres tipos de enfermedades que concentran más de 33% de muerte en mujeres y más de 26% en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las

enfermedades cerebrovasculares, se establece que el sobrepeso y la obesidad los principales factores de riesgo, argumentando que además afecta a 70% de la población mayor de 20 años o más (Secretaría de Salud, 2007).

En el mismo documento se habla sobre las desigualdades en condiciones de salud, que están ligadas a diferencias en las condiciones generales de vida, pero también a diferencias en el acceso a recursos y servicios de salud y en la calidad de atención. Enriqueciendo este punto se añade la categoría de riesgos para la salud, donde se ponen como referencia los cambios que se han producido en el patrón de daños a la salud, a partir del desarrollo de *riesgos del entorno* y *riesgos relacionados con estilos de vida*. Se clasifican como *riesgos del entorno*, a la falta de agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios, la contaminación atmosférica y los riesgos laborales; por otra parte a los *riesgos de estilo de vida* se incorporan la mala nutrición (alto consumo de calorías y grasas de origen animal, bajo consumo de frutas y vegetales), el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, aquí es donde el discurso justifica el desarrollo del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas (hipercolesterolemia, hipertensión arterial) (Secretaría de Salud, 2007).

Para 2006 la prevalencia de sobrepeso y obesidad había aumentado un 69.3% y, para ese entonces, se calculaba que esta condición era responsable de 50 mil muertes directas al año. Reconociendo que en México predominaban como causas de daños a la salud las enfermedades no transmisibles, las medidas emergentes para la atención del problema fueron en primera instancia *movilizar mayores recursos financieros para la salud, modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria y capacitar recursos humanos*, para atender las demandas relacionadas con los padecimientos crónico-degenerativos (Secretaría de Salud, 2007).

Como parte de la estrategia para dar atención a estos padecimientos se estipularon la *detección de casos, la promoción de la actividad física, el control de peso y el monitoreo de calidad del tratamiento, alfabetización en diabetes*²⁴ y *la promoción de la creación de grupos de ayuda mutua* para personas con sobrepeso, hipertensión, diabetes y dislipidemias (Secretaría de Salud, 2007). Es importante mencionar que el Programa Nacional de Salud 2007-2012, plantea 5 objetivos generales para hacer frente al panorama en salud mencionado, estos son 1) Mejorar las condiciones de salud de la población; 2) Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones localizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; 3) Prestar servicios de salud con calidad y seguridad; 4) Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y 5) Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. (Secretaría de Salud, 2007).

Dentro de la estrategia de incrementar la infraestructura en salud se incorpora la creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios (UMAEs y UNEMEs) y nuevas unidades de atención hospitalaria, con modelos innovadores de financiamiento (Secretaría de salud, 2007).

Por último, en materia de política pública, establecen un compromiso de impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Se propone consolidar un programa interinstitucional en materia de promoción de la salud y prevención y control del sobrepeso, obesidad, riesgos-cardiovasculares y la diabetes; y consolidar la coordinación interinstitucional en materia de prevención, promoción y control del riesgo cardiovascular y diabetes (Secretaría de salud, 2007).

²⁴ El Programa Nacional de Salud define esto como educar acerca de la realización de actividad física, la alimentación de acuerdo con las características individuales de los enfermos, el control de peso y el auto-cuidado de la salud.

Otra aportación a las estrategias contra el sobrepeso y la obesidad fue el impulso por parte de la Secretaría de Salud del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA). Aceptado en el 2010, desarrollado por académicos y coordinado por el Instituto Nacional de Salud Pública; la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; actores por parte de la industria de alimentos, sectores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil (Rivera y cols, 2012).

El ANSA planteó 10 objetivos:

1) Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.

2) Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.

3) Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas y alimentos.

4) Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.

5) Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.

6) Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.

7) Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorante calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.

8) Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.

9) Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.

10) Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo al cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

En el mismo documento oficial se reconoce que los primeros seis objetivos dependen principalmente de la voluntad individual y de la existencia de condiciones y oferta adecuadas que lo permitan; y que los últimos 4 objetivos requieren de manera indispensable la participación del gobierno, de los sectores sociales y de la industria alimentaria y restaurantera (Secretaría de Salud, 2010)^a.

Un elemento importante para que el ANSA tuviera éxito estaba orientado a las acciones transversales, en la que sería indispensable la participación de actores como la industria y la sociedad, ante esto es que los expertos colaboradores establecieron cuatro líneas de acción:

1. *Información, educación y comunicación*: promoviendo el acceso a la información y la toma de decisiones educadas y basadas en evidencia en la población para mejorar la calidad de su alimentación, incrementar la actividad física y, en general, promover estilos de vida saludables.

2. *Abogacía, corregulación y regulación*: con la participación de autoridades, la sociedad civil y la industria, promover una alimentación correcta y mayor actividad física. Esto incluiría estrategias de comunicación multisectoriales para promover estilos de vida saludables; políticas de desarrollo urbano y colaboración en el rescate y rehabilitación de espacios públicos seguros; políticas educativas y laborales que permitan ejercer un estilo de vida saludable en escuelas y centros laborales; códigos de autorregulación de la

industria, normas mexicanas y normas oficiales mexicanas, evaluaciones de grupos consumidores y organismos no gubernamentales (ONG's), y concientización de líderes de opinión sobre el problema de obesidad y enfermedades crónicas, y la urgencia de implementar acciones para su prevención.

3. Monitoreo y evaluación: el seguimiento y evaluación de cada objetivo y sus acciones es necesario para identificar oportunidades de mejoramiento, asegurar el cumplimiento de las acciones y corregir posibles fallas.

4. Investigación: existe una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud para sustentar la toma de decisiones sobre prevención de obesidad y enfermedades crónicas. Se recomendó que el Gobierno Federal apoyara de manera significativa la investigación relacionada con los 10 objetivos prioritarios y promoviera que lo hicieran los gobiernos estatales, las agencias financiadoras y ONG'S (Secretaría de Salud, 2010_a).

La estrategia tenía en sus orígenes el propósito de contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, al revertir la epidemia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles derivadas del sobrepeso y la obesidad, mediante una política integral de Estado con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad, en forma individual, comunitaria y nacional, que permitieran adoptar hábitos alimentarios correctos y que promovieran la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida (Secretaría de Salud, 2010_a).

Por su parte, en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, se muestra una preocupación financiera, al tener como reto enfrentar el costo de las enfermedades crónicas no transmisibles y el aumento de su prevalencia, estimaron que para el 2017 (año en curso) el costo incrementaría de 42 mil millones de pesos en 2008 a 84 mil millones de pesos, si no se aplican intervenciones preventivas efectivas (Secretaría de Salud, 2013). Dentro de este

marco de prevención, se creó la *Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*, esta propuesta muestra siete lineamientos de acción:

1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.
2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social²⁵.
3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.
4. Promover la creación de espacios para la realización de actividad física.
5. Adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
6. Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes.
7. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios. Cabe mencionar que el indicador que se utilizará será el Índice de Masa Corporal²⁶.

Como parte de la instrumentación de la Estrategia Nacional 2013-2018, se proponen 5 líneas de acción:

1. Fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT.
2. Fomentar la detección oportuna en poblaciones de riesgo.
3. Instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral.
4. Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto.

²⁵ La Secretaría de Salud (2010) retoma este concepto basándose en autores como Kotler y Zaltman, definiéndolo como algo más allá del diseño y la realización de una campaña publicitaria, en ella se debe establecer un plan, diseñar una estrategia y utilizar las herramientas de la mercadotecnia comercial como: la investigación de mercado, aplicación de mezcla de las P's (producto, precio, plaza y promoción), implementación y evaluación. El propósito de la mercadotecnia social es crear conciencia sobre un tema específico, lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio individual, grupal o comunitario.

²⁶ La OMS define al IMC, como un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (Kg/m²).

5. Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.

Como parte de una estrategia para reducción de riesgos, se establece el compromiso de:

1) Actualizar la regulación en materia de alimentos y bebidas industrializados a las mejores prácticas internacionales.

2) Proveer información transparente del contenido calórico en el etiquetado frontal de todos los alimentos y bebidas industrializados.

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

4) Fomentar la reformulación de productos para hacerlos nutricionalmente más balanceados.

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

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

7) Fortalecer la red de municipios para la salud para el abasto de agua potable en escuelas y comunidades (Secretaría de salud, 2013).

Plano internacional

Francia

Utilizaremos la experiencia de Francia, debido a que el modelo UNEME, se apropia de elementos desarrollados para la metodología Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE). Más adelante se especificará de qué manera interactúa este modelo con las UNEMES-EC.

Esta metodología fue diseñada como medida para abordar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 0 a 12 años (Borys y cols., 2011).

La metodología EPODE fue desarrollada en el orden en que fue conociendo sus necesidades, con el fin de marcar un camino entre la prevención de la obesidad infantil y soluciones prácticas para implementar los cambios necesarios en el estilo de vida. Sin embargo, una de las principales posturas de la metodología consistía en involucrar a múltiples actores vinculados en un nivel central con ministerios, grupos de salud, ONG's y al sector privado; y a un nivel local, con líderes políticos, profesionales de la salud, familias, maestros, ONG's locales, y la comunidad empresarial local (Borys y cols., 2011:27).

En 2008 Protéines funda el proyecto EPODE European Network, esto debido a que países como Bélgica y España adaptaron la metodología en su comunidad con los programas VIASANO y THAO, respectivamente. El objetivo principal de esta red fue fomentar la implementación de programas basados en la comunidad utilizando la metodología EPODE, en otras ciudades europeas.

III. NOTA METODOLÓGICA

Este trabajo tuvo inicio en el año 2013, como parte de la construcción del conocimiento en la maestría en Medicina Social. La metodología se desarrolló en tres fases que se exponen a continuación y tienen una base desde la fenomenología, como método de investigación que parte de la subjetividad, de la ciencia del sujeto y de la experiencia desde su experiencia (Bolio, 2012).

Fase 1: Construcción del planteamiento del problema y trabajo documental.

Durante la búsqueda del fundamento referencial, se encontró una tendencia clara a la promoción de los estilos de vida saludables por parte del gobierno mexicano y sus instancias en salud. Al realizar una revisión exhaustiva de los documentos oficiales, se encontró que en las Estrategias Nacionales de Prevención y Atención al sobrepeso y la obesidad aparecía de manera frecuente la utilización de las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC) y al explorar el tema UNEMES-EC, se halló que se trataba de un modelo considerado, por las instituciones de salud, como innovador y oportuno para atender la problemática; y que incorporaba elementos de la experiencia francesa para la atención y prevención del sobrepeso y la obesidad en dicho país.

El modelo UNEME-EC, se incorporó como parte de la estrategia en salud del sexenio presidencial 2006-2012 y se reincorporó en el sexenio 2012-2018, esto habla de un programa que oficialmente ha tenido continuidad y, en un supuesto, que ha resultado eficiente para resolver el tema.

A partir de lo anterior es que se construyó la pregunta de investigación que se planteó desde la introducción de este documento:

¿cuál es la percepción de profesionales de la salud y pacientes con relación a la promoción de hábitos saludables en un centro de salud destinado a la atención de la obesidad y enfermedades crónicas ?

Fase 2: Investigación cualitativa y trabajo de campo.

La segunda fase representa el núcleo de la investigación, ésta consistió en extraer información de los actores involucrados en el modelo de intervención UNEME-EC. En octubre 2014, se decidió iniciar el trabajo de campo, utilizando como base metodológica el método cualitativo. Dentro de esta fase se realizaron las actividades siguientes:

- 1) Ubicación de las UNEMES-EC en la Ciudad de México, a partir de portales web.
- 2) Establecimiento de contacto con UNEME-EC, para esta actividad se hizo uso de contactos personales que laboran en la Secretaría de Salud.
- 3) Para acceder a la UNEME-EC fue necesario plantear los objetivos del trabajo a la jurisdicción encargada del manejo de esa unidad.
- 4) Los ejes de relevancia de la investigación se planten en la siguiente tabla véase *tabla 6*.
- 5) Se realizaron entrevistas semi-estructuradas tanto al personal de salud como a los usuarios. Las preguntas que sirvieron como guía se presentan en las *tablas 8, 9, 10 y 11*. Al realizar la exposición de resultados sobre todo del personal de salud no resulto de relevancia conectar el testimonio con alguna pregunta específica, ya que los testimonios emergían dentro de una conversación de confianza donde se tocaban puntos más allá de la pregunta inicial.

EJES DE RELEVANCIA
1. El primer nivel de atención. Brechas en el nivel de primer contacto.
2.- Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas. Funcionamiento como unidad de atención a la obesidad y las enfermedades crónicas.
3.- La promoción de hábitos saludables desde un modelo de atención integral. Educación, interpretación, ejecución.

Tabla 6. Ejes de relevancia

NOTA: Al estar vinculados la jurisdicción, el centro de salud y la UNEME-EC se tomó la decisión de realizar entrevistas en los tres espacios (Jurisdicción, Centro de Salud, UNEME-EC), con la finalidad de aportar más elementos que permitan entender el contexto de las UNEME-EC. Por cuestiones éticas y para mantener la confidencialidad de nuestros informantes, se decidió no dar a conocer el nombre, ni la ubicación de las instituciones a las que se tuvo acceso.

Guía de entrevista

Lugar de las UNEMES en el sistema de salud.
Funcionamiento de las UNEMES.
Apego y seguimiento de los usuarios.
Seguimiento del personal de salud.
Evaluaciones al servicio.

Tabla 7. Guía de entrevista

Primer acercamiento a los funcionarios de las UNEMES (Secretaría de Salud).

<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a las UNEME-EC en el sistema de salud. • Identificar la estructura del servicio de salud en las UNEME-EC. • Perspectivas de los funcionarios 	¿cómo es una UNEME-EC?
	¿cómo funcionan?
	¿con qué personal cuentan?
	¿cuál es el objetivo?
	¿hacia qué población están dirigidas?

Tabla 8.

Preguntas realizadas al personal administrativo dentro de una UNEME-EC

Descripción, enumeración o experiencias.	¿cómo es la UNEME?
	¿cuales son los horarios de servicio?
	¿cuál es el procedimiento para recibir atención?
	¿qué es lo que hace en la institución?
	¿quiénes ingresan?

Tabla 9.

Preguntas para personal de salud dentro de una UNEME-EC y centro de salud

Profesión, responsabilidades, experiencia.	¿cómo llegó a las UNEMES? N/R
	¿tiene alguna especialidad?
	¿cuál es el procedimiento de atención?
	¿con qué dificultades se enfrenta?
	¿a cuantas personas atiende en su jornada?

Tabla 10.

Preguntas realizadas a los usuarios

Asistencia, experiencia, sentimientos en la vida cotidiana comiendo bajo prescripción.	¿por qué asiste a las UNEMES?
	¿qué diagnóstico recibió?
	¿cuánto tiempo lleva acudiendo?
	¿cuál es el programa que usted sigue? N/R
	¿con qué dificultades se enfrenta?
	¿cómo ha influido su tratamiento en su forma de vida? N/R

Tabla 11.

Por otro lado, las UNEMES-EC al estar vinculadas con el programa internacional Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE), se decidió realizar una estancia de investigación en Francia y realizar entrevistas a algunos involucrados en la dirección y coordinación del modelo EPODE. A continuación se expone el cronograma actividades véase *Tabla 12*.

Fecha	Entrevistada (o)	Lugar
11 de noviembre de 2014	Secretaría Jurisdicción	Jurisdicción sanitaria.
12 de diciembre de 2014	Administrador Jurisdicción	Jurisdicción Sanitaria.
17 de diciembre de 2014	- Psicóloga. - Nutrióloga. - Médica.	UNEME-EC.
13 de enero de 2015	- 5 pacientes UNEME-EC.	UNEME-EC.
14-19 de enero	Se solicita permiso para regresar a la UNEME-EC a realizar entrevistas. NO SE OBTIENE, bajo el argumento de ser información confidencial.	
20 de enero de 2015	- 4 pacientes UNEME-EC.	Fuera de las instalaciones de la UNEME-EC.
4 y 5 de marzo de 2015	- Nutrióloga. - 5 pacientes.	Centro de salud.
7 de mayo de 2015	- Funcionario Ensemble, Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE)	Protéines en París, Francia.
6 de mayo de 2015	- Colaboradora EPODE Francia.	Entrevista vía telefónica.
7-10 de diciembre de 2015	- 10 pacientes.	Fuera de las instalaciones de la UNEME-EC.

Tabla 12 . Cronograma de trabajo de campo.

Nota: Cabe mencionar que las entrevistas realizadas fuera de las instalaciones de la UNEME-EC fueron breves (entre 60 y 120 minutos) al tener que abordar a la gente mientras salía. El comportamiento era desconfiado y la mayoría accedía cuando se les aseguraba que la entrevista sería breve.

En resumen se realizaron 32 entrevistas:

A. Profesionales involucrados en el manejo de las instituciones: 8 entrevistas.

Dentro del personal de salud se entrevistaron a 6 mujeres y 2 hombres.

- 1) Secretaria Jurisdicción.
- 2) Administrador Jurisdicción.
- 3) Psicóloga.
- 4) Nutrióloga UNEME-EC.
- 5) Médica.
- 6) Nutrióloga centro de salud.
- 7) Funcionario de EPODE.
- 8) Colaboradora de EPODE.

B. Pacientes entrevistados: 24 pacientes Del total de los usuarios entrevistados 14 fueron mujeres y 10 hombres, que oscilan entre los 35 y los 65 años de edad. En los testimonios presentados en el apartado de resultados se muestra la edad que cada entrevistado tiene para el momento de la entrevista.

- **Pacientes entrevistados en el centro de salud: 5 entrevistas.**

Sexo	Número
Mujeres	3
Hombres	2

Tabla 13. Pacientes entrevistados en el centro de salud según sexo.

- **Pacientes UNEME-EC: 19 entrevistas.**

Sexo	Número
Mujeres	11
Hombres	8

Tabla 14. Pacientes entrevistados en la UNEME-EC según sexo.

Fase 3: Redacción de informe y conclusiones.

Una vez realizadas las entrevistas y las transcripciones, se procedió a la elaboración de este documento, procurando realizar un análisis crítico y minucioso de la información obtenida.

Para realizar el análisis de resultados la base fueron los ejes de relevancia presentados en la tabla 6.; sin embargo, las categorías de análisis son más complejas y se presentan a continuación véase *tabla 8*.

EJE	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS
1	Percepciones desde profesionales de la salud y pacientes, jerarquización, dificultades, insumos, laboratorios, objetivos como primer nivel de atención.
2	Percepción y descripción del personal de salud, objetivos, alcance, herramientas, organización, modelo de atención integral, equipo de trabajo.
3	Percepción del personal de salud y pacientes sobre apego al tratamiento, dificultades, barreras, alcances, aciertos, experiencia en la vida cotidiana, encuentro de saberes entre el profesional de salud y la familia, actividades que realiza, percepción del servicio, el trato

Tabla 8. Categorías de análisis de resultados.

IV. RESULTADOS

La exposición de los resultados se dividirá con base en los tres ejes de relevancia que se presentaron en la *tabla 6*. Se iniciará con una aproximación al análisis con relación al primer nivel de atención, posteriormente se realizará una revisión de los manuales de organización, implementación y procedimiento de las UNEME-EC y ese contrastará con los testimonios recibidos; y, por último estará el apartado de promoción de hábitos saludables desde un modelo de atención integral.

A partir de aquí se realizará un contraste a manera de análisis, entre los documentos oficiales con relación a los objetivos, las bases y el funcionamiento de las UNEME-EC y, los resultados obtenidos en el trabajo de campo. Se buscará identificar las características de las UNEMES-EC en los testimonios recuperados.

A. Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas como parte del Primer Nivel de Atención en salud.

Como se mencionó en el marco anterior, las UNEMES-EC surgen como un modelo prioritario en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, que buscaba contribuir al primer

nivel de atención y a la atención a la obesidad y enfermedades crónicas como la diabetes y enfermedades cardiovasculares. El siguiente testimonio lo aporta el Administrador de la Jurisdicción Sanitaria.

“...al ser unidades nuevas tienen todo lo necesario para dar un servicio de calidad, se les ha apoyado bastante, es un programa prioritario...”

La secretaría de salud es la encargada de sostener este proyecto, y de ahí se transfiere la responsabilidad al programa nacional de salud estatal y la manera en que este trabaja es por medio de una jurisdicción (Secretaría de salud, 2008).

Asistente de la jurisdicción *“...Haz de cuenta que la central que es Xocongo te manda a una jurisdicción y la jurisdicción debe estar en una delegación. Yo estoy en Tlalpan, San Fernando y Renato Leduc, ahí están las oficinas, es toda la parte administrativa de Tlalpan y a un lado está un centro de salud, el más grande de Tlalpan...”*

La Estrategia Nacional (2008) indica que el papel de la UNEME es articular el primer y segundo nivel de atención y hacer más eficientes los procesos de atención al paciente con enfermedad crónica mediante su diseño de prevención clínica. Un concepto central dentro de esta red de atención y que está directamente involucrado con la organización exitosa del modelo, UNEME EC, en los distintos contextos de la república es el de la “atención integrada” lo que significaría labores por parte del equipo de atención clínica y el equipo de gestión, mediante el cual está vinculado el sistema de salud y la red de atención (Secretaría de salud, 2011_a).

Administrador de la jurisdicción “...la idea del gobierno es que el expediente que se utiliza en un centro de salud, pueda ser utilizado en el ISSSTE en el IMSS. Esa es la idea y la verdad a mi se me hace excelente ojalá algún día se pueda concretar, pero hoy en día es únicamente local...”

Los últimos testimonios dejan ver la jerarquización y organización de los servicios de salud, pero también dejan ver a un personal de salud con conocimiento sobre los nuevos modos de operar que resultan aceptables, pero con dificultades para llevarse a cabo. Hasta aquí tenemos una UNEME-EC que es regulada bajo un centro de salud y una jurisdicción sanitaria.

Ante la Secretaría de Salud las UNEMES adquirieron una visión con respecto a la obesidad, el riesgo cardiovascular y la diabetes mellitus, que involucró los siguientes elementos:

Las premisas básicas de funcionamiento fueron las siguientes:

- Unidades Diseñadas para atender a pacientes con Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular, Prehipertensión, Prediabetes, y Diabetes Mellitus.
- Enfoque Bio-psico-familiar: Desarrollo de tradiciones saludables.
- Incentivar la participación de la familia y entorno social.
- Actividades e instituciones vinculadas con los programas de salud y de educación para la vida.
- Ahorro en la prestación de los servicios de salud.
- Generar recursos humanos con las competencias específicas.
- Incorporar un sistema de información, supervisión y evaluación; con base en la promoción- prevención-adherencia y tratamiento.
- Que propicie el desarrollo local, respete sus características, aproveche y vincule nuevas iniciativas públicas y privadas.
- Incentivo: Gratuidad en la prima de aseguramiento al Seguro Popular a los pacientes controlados.
- Ampliar el cuadro básico de medicamentos del CAUSES como base para el financiamiento operativo.

Cuadro 1. Bases para el funcionamiento de las UNEME-EC. Elaboración propia.

Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

B. Ensamble Prévenons l'Obésité des Enfants (EPODE) como parte del modelo UNEME-EC.

Como se mencionó anteriormente otro elemento considerado en el modelo UNEME-EC fue la metodología EPODE. Esta fue diseñada por Protéines en 2003, y se basó en los siguientes 4 pilares:

1. Participación de los representantes políticos.
2. Estrategias de Social Marketing y métodos.
3. Participación entre los sectores públicos y privados.
4. Evaluación científica.

Cuadro 2. Pilares de la metodología EPODE. Elaboración propia. Fuente: (Borys, cols., 2011:29)

Es importante mencionar al modelo EPODE, ya que nuestro objeto de estudio (modelo UNEMES-EC), incorpora elementos de esta metodología.

Testimonio Director EPODE International Network “...there are four pillars in EPODE programs, one is evaluation its very important to get this indicators, for founding, the second pillar is the political environment... the next ones is the public and private cooperation, to do the programs more sustainable because its so difficult...you need to have the companies envolved, even is difficult, even business is important to them...and fourth thing it's about organization on social marketing...”

El director de EPODE Internacional explica que el modelo para su buen funcionamiento está planteado bajo 4 pilares específicos: 1) Evaluación; 2) Intervención política; 3) Cooperación pública y privada y, por último 4) organización de social marketing.

Reconoce que estos pilares deben ejecutarse al mismo tiempo para lograr el funcionamiento adecuado del programa, justifica cada uno mencionando que la evaluación es importante para obtener indicadores, el medio político, mezclándolos con la cooperación pública y privada, para hacer al modelo más sostenible o durable, reconoce que es una parte difícil y que es importante tener a las empresas involucradas. Por último, menciona la organización en mercadotecnia social.

Ya se mencionaron los 4 pilares que direccionan al modelo, a continuación mencionaremos las líneas de acción y aportaremos algunos testimonios.

La filosofía EPODE se basa en las siguientes 4 líneas de acción.

1. Un acercamiento positivo sin estigmatización cultural o individual.
2. Un aprendizaje constante sobre los estilos de vida saludables.
3. La adaptación de mensajes y acciones a la población objetivo.
4. Una implementación sostenible del programa para permitir a las comunidades planificar acciones y cambios ambientales a largo plazo.

Cuadro 3. Líneas de acción en la metodología EPODE. Elaboración propia a partir de

Fuente: (Borys, 2011: 32)

A partir de los elementos anteriores EPODE se puso como objetivo principal, contribuir a la reducción del sobrepeso y la obesidad infantil utilizando una metodología que ubica a la prevención primaria en el centro de las redes de cada región (Borys, et. al. 2011).

Por último, en México la implementación de la metodología EPODE se daría de manera oficial en 2009. Armando Barrigüete reconocido por EPODE como el coordinador del programa 5 pasos en México.

El Director de EPODE International Network dice al respecto

Director EPODE Internacional “...In Mexico we are working with Armando Barriguete... he will give you more information about mexican programs, I preferred to let him tell you... in fact its the 5 pasos... I think there are a 5 different programs, not as the same level of intervention ...”

Al preguntarle si conoce la forma en la que EPODE, interviene en México mencionó a Armando Barriguete, asumiendo que él nos daría toda la información relacionada, al ser el responsable del programa en México. Dentro de lo que nos menciona reconoce al programa “5 pasos” como parte de la adaptación de EPODE en México. Cabe mencionar que no se logró establecer contacto con Armando Barriguete para realizar la entrevista.

Barriguete (2011) dijo que era necesario implementar la metodología EPODE en México, debido a que desde hace 25 años, la población mexicana habría modificado hábitos asociados a la actividad física, el consumo de agua, el consumo de frutas y verduras, realizar chequeos con relación al cuerpo y el compartir. Y que el “5 pasos” abordaría estos puntos en 5 medios: el familiar, la escuela, el trabajo, parques/estadios y municipios.

Barriguete sostenía al igual que el informe de la Secretaría de Salud en 2008, que era de crucial importancia ver al programa como un modelo voluntario, ya que el cambio debe venir del individuo, así como de la comunidad y, que los últimos dos elementos serían la clave para lograr que todos los Estados estuvieran involucrados (Barriguete, 2011).

Posterior a lo antes dicho Barriguete señala que el programa sería presentado en escuelas, instituciones, clínicas pequeñas y para la población en general. Menciona que fue

difícil la aceptación por parte de institutos nacionales de salud, secretarías y la industria privada, sin embargo, se logró involucrarlos, al grado de reconocer que eran altamente activos y que el gobierno mexicano fungiría como la parte más activa, creativa y promotora del programa, menciona que desde la red internacional de EPODE, se imparten vía internet capacitaciones para todos los agentes involucrados en el programa (Barrigüete, 2011).

Barrigüete (2011: 229) el coordinador del programa en México reconoció como acciones necesarias para llevar a cabo los “5 pasos” lo siguiente:

Paso 1. Muévete: Campaña nacional “fútbol/obesidad”, videos de actividad física para empleados en lugares de trabajo y promoción de bailes y juegos tradicionales.

Paso 2. Toma agua: Fácil acceso a agua potable (en parques, escuelas, y oficinas), concursos de bebidas saludables, purificadores de agua en eventos y reuniones.

Paso 3. Come frutas y verduras: Distribución de menús saludables y refrigerios escolares, acciones enfocadas a la cocina y apoyo a los productores locales.

Paso 4. Mídete: Medirse la composición corporal en unidades de salud y acceder a la página web donde la gente pueda registrar sus actividades y su evolución.

y por último,

Paso 5. Comparte: Compartir todos los pasos anteriores con la familia y amigos, hacer eventos públicos con figuras públicas, por ejemplo: el día nacional del abrazo camina/5 pasos.

Se pueden observar ciertas diferencias entre la noción que tiene el Director de EPODE y lo que Armando Barriguete planteó como importante. Por ejemplo, el Director de EPODE, mencionó la relevancia de implementar los 4 pilares (políticas, evaluación, mercadotecnia social, y participación de agentes públicos y privados) de la metodología para que el modelo funcione, Barriguete por otro lado hace ver que lo más importante es mantener abierto el programa a la voluntad individual, debido a que el cambio se genera a nivel individual. Lo anterior se refleja en las conductas *per se* que promueve el programa “5 pasos” (moverse, tomar agua, comer frutas y verduras, medirse y compartir).

El Director de EPODE, sin embargo mencionó lo siguiente:

Director de EPODE Internacional “...Armando Barriguete, is doing a terrific job in a political level, because he works between Angel Cordova, he is the minister of education, and Mr. Cordova is part of a minister club, and he is helping us all over the world to try to get de ministres in all the countries...”

Traducción al castellano “...Armando Barriguete, está haciendo un increíble trabajo a nivel político, porque el trabaja con Angel Cordova, él es el Secretario de Educación y el Sr. Córdova es parte del club de los secretarios, y el nos está ayudando alrededor del mundo intentando captar a los secretarios de todos los países...”

Con este testimonio se observa que los Secretarios de Estado están vinculados a nivel internacional con los gestores del programa. Por lo que se entiende que en la agenda continúa el interés por involucrar a los Secretarios de Estado, Ministerios etcétera, en más países.

Sin embargo, se percibe que la participación de los representantes de la Salud, radicó en la promoción del programa y de hábitos saludable. Y no tanto en proveer las condiciones de vida necesarias para ejecutar cada una de las conductas que el programa “5 pasos”

promueven. Lo anterior dejaría pensar que las acciones basadas en la comunidad respaldarían la lógica del programa y la adaptación del modelo EPODE, en México.

C. Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC): Justificación, elementos constitutivos, metas y dificultades.

La construcción de Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC) serían parte indispensable en la Estrategia Nacional para la Prevención, Tratamiento y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Secretaría de salud, 2008). Esta infraestructura recibió el nombre de Modelo Mexicano UNEME de “Prevención clínica” integral, interdisciplinario y de clase mundial, y para ese entonces se establecieron las siguientes metas:

- Elevar la esperanza de vida al nacer 1.5 años.
- Reducir el 20 % la velocidad de crecimiento de la mortalidad por Diabetes Mellitus.
- Disminuir 15% la mortalidad por cardiopatía isquémica en menores de 65 años.

Cuadro 4. Metas del Modelo UNEME. Elaboración propia.
Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

La justificación para la instauración del modelo UNEME-EC, radicó en reconocer un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad e hipercolesterolemia; incremento de enfermedades crónicas no transmisibles en jóvenes, baja adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, modificación sustancial en la dieta de los mexicanos, concepto de “conducta alimentaria” ausente, transición demográfica hacia envejecimiento y actividad física esporádica o nula (Secretaría de Salud, 2008). Se reconoce que existe un tratamiento ineficaz por parte de los servicios de salud y que esto se debe a las siguientes razones.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Alto número de programas de salud.• Poco tiempo en las consultas.• Abasto inadecuado de medicamentos.• Poco personal.• Entrenamiento insuficiente del personal. |
| <ul style="list-style-type: none">• Referencia en presencia de complicaciones.• Saturación del 2º nivel de atención.• Baja adherencia al tratamiento.• Poca participación familiar.• Poca educación en salud.• Falta de satisfactores emocionales. |

Cuadro 5. Deficiencias de los servicios de salud. Elaboración propia. Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

Otro elemento importante que incorporado al proyecto UNEME fue la incorporación del programa “5 pasos por tu salud para vivir mejor”, se consideró de gran importancia por las siguientes razones. Es importante mencionar que el programa “5 pasos” pertenece a la metodología EPODE mencionada anteriormente (Borys y cols., 2011).



Imagen 1. Fundamentos para la utilización del programa “5 pasos” en el Modelo UNEME-EC.

Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

El programa “5 pasos” consistía en promocionar los siguientes hábitos.



Imagen 2. Acciones que constituyen el programa 5 pasos.

Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

Como se mencionó anteriormente la justificación para llevar a cabo la propuesta de las UNEME-EC, radicó en la emergencia sanitaria, pero también en las *deficiencias* en los servicios de atención hasta ese momento (véase Cuadro 5.), dentro de estas se reconocía un alto número de programas de salud.

“...Sí hay como los 5 pasos pero aquí no, es que hay tantos programas aquí...”

El testimonio anterior, lo aporta la psicóloga de la UNEME-EC, esa respuesta surge al preguntarle sobre el programa “5 pasos”, que sería el registrado como parte de la propuesta y estrategia impulsada en el 2008 de manera oficial. El testimonio muestra dos cosas la

primera que el programa 5 pasos, no se lleva a cabo como tal en la unidad. Y el segundo, incertidumbre con relación a la cantidad de programas a los que se enfrentan.

Otro testimonio que aporta a lo anterior es el de la nutrióloga del centro de salud.

“...ahorita están de moda los cinco pasos ¿no?...”

Al realizarle la misma pregunta que a la psicóloga, sobre el conocimiento del programa “5 pasos” responde lo anterior.

Se puede observar que además de incertidumbre, se reconoce por el personal de salud que los programas son temporales y llegan a estar de moda, y que no son suficientes para los requerimientos de atención. Lo que antecede y procede al testimonio anterior es lo siguiente:

“Es criterio propio del nutriólogo, generalmente ahorita están de moda los cinco pasos ¿no?, pero recuerda que nutrición es a corto, mediano y largo plazo.”

Otra de las deficiencias identificada es el poco tiempo en las consultas con relación a esto el administrador de la jurisdicción a la que pertenece la UNEME-EC, menciona lo siguiente:

“Bueno pero como la UNEME, es una especialidad, por todo lo que expliqué, se le da más tiempo al paciente”

No se obtuvo un testimonio que confirme que en las otras unidades de salud el tiempo de consulta es poco. Sin embargo, el administrador nos hace ver que en las UNEME-EC, el tiempo de atención es mayor con relación a otro espacio, que podría suponerse son los centros de salud, de donde son referidos los apcientes a la UNEME.

El abasto inadecuado de medicamentos es otra deficiencia considerada, el administrador de la jurisdicción reconoce lo siguiente:

“...a excepción de medicamentos, en eso estamos restringidos...”

Añadiremos otro testimonio del mismo funcionario,

“...nosotros tenemos laboratorios, desafortunadamente no siempre tenemos los reactivos...”

Si bien, para el 2008 se reconoció lo anterior como deficiencias (véase cuadro 4.), para el 2014 que fue el año en el que se realizaron estas entrevistas, continúan. Y aquí valdría la pena rescatar la parte en la que nos dice que -se le dice al paciente que vaya a un particular-. Queda discutir quienes están absorbiendo el gasto en los insumos que deberían ser proveídos por las instancias en salud. El funcionario deja claro que este gasto pasa al gasto de bolsillo.

“...pero bueno si no se pueden hacer estos laboratorios, se le dice al paciente que vaya a un particular, para estar enterados bien de su evolución...”

“El problema es que yo como paciente (se refiere a él mismo), si voy a un centro de salud y me dicen ¿sabes qué? tienes que comprar algunas inyecciones, pues yo las compro, pero los pacientes no”

La baja adherencia al tratamiento, es otra deficiencia reconocida en la estrategia nacional como tal. Ante esto, algunos testimonios nos aportan diferentes elementos a ser analizados.

Deserción en el Centro de Salud. El administrador de la jurisdicción aporta los siguientes testimonios:

“...pero ¿Qué crees? casi no hay pacientes, o los que llegan se van ya no regresan.”

“...Pero en el centro de salud, pues no hay explicación lógica eh. Algunos han dicho que se van porque no los atienden bien...”

En un primer plano se reconoce que hay un bajo flujo de pacientes y que los que llegan a asistir, ya no regresa. Por otro lado, se observa que el mal trato por parte de los servidores del centro de salud, es una de las razones por las que la gente deja de asistir; aunque para él no es una razón lógica. Con el fin de enriquecer la discusión en relación al tema se expone el siguiente testimonio:

“Nosotros tenemos un buzón y ese buzón va un asistente y platica con el director, hay algunas por falta de insumos, de medicamentos, maltrato del personal administrativo, más de los médicos, pues sí muchos dicen -el médico me trata muy mal- - no me quiere dar el tratamiento que necesito...”

El testimonio anterior es aportado por el mismo funcionario, aquí se observa que reconoce además de quejas con relación a la falta de insumos, que existe una constante queja acerca del maltrato ejercido por los médicos. Pareciera que debería ser aceptado y normalizado el maltrato en las instituciones de salud, y que por el contrario este no es un argumento suficientemente válido para dejar de asistir a consulta. Miguel, un usuario de la UNEME-EC comenta lo siguiente:

Miguel 35 años: *“... yo ya llevo como 6 meses aquí viniendo, y si me gusta, lo tratan a uno mejor que allá en el centro de salud, los doctores son amables[...][...]a mi si me gusta venir aquí, se siente diferente, luego nos dan clases, se hacen convivios ...”*

A continuación se presentan algunos testimonios que contribuyen a identificar las bases antes mencionadas en el funcionamiento real de las UNEMES-EC.

Con relación a Recursos humanos con competencias específicas, se pudo rescatar la siguiente información:

Asistente de la Jurisdicción *“si es un relajo por ejemplo, se supone que luego contratan gente, especifica para la UNEME y no, el director te dice -ah pues yo lo voy a mover para acá porque no me funciona- que en teoría no se puede hacer.”*

Asistente de la Jurisdicción: *“No hay plazas, nada más hay de honorarios o eventuales, pero las plazas para que te den una base, está cañón y eso de que van a regularizar a la gente no es cierto. Tienes que conocer forzosamente a alguien sino, no entras. Es más no te dejan ni hacer examen.”*

La asistente de la jurisdicción menciona que lo oficial, sería contratar gente específica para la UNEME, testifica que esto no sucede y que se seleccionan las actividades según el criterio del director. Por otro lado, aporta un testimonio relacionado con las contrataciones, en el que deja ver que es necesario conocer a alguien para poder tener posibilidad de aplicar examen.

Con relación a las competencias específicas que deberían tener los profesionales vinculados con las UNEMES-EC, la psicóloga de la unidad nos comenta lo siguiente.

“cuando entramos aquí, el gobierno federal nos da una capacitación de una semana, sobre la nutrióloga sobre ¿qué hace?, nos capacitan las coordinadoras de todas las áreas, aquí todo está muy estructurado.”

Los testimonios de la asistente de la jurisdicción y la psicóloga, son contradictorios, ya que el último nos menciona que hay una estructura para dar la capacitación al personal involucrado en las UNEMES-EC. Lo anterior deja ver que una vez que se seleccionan a los indicados para ocupar las plazas, es cuando se procede a proveer al personal de capacidades específicas para el modelo integral.

A continuación la psicóloga de la UNEME-EC, menciona que la UNEME-EC es de enfermos crónicos y lo que más se atiende es diabetes, hipertensión, sobrepeso, obesidad y dislipidemias; tal y como lo indican las bases para el funcionamiento de las UNEMES-EC.

“...la UNEME es como crónicos, lo más fuerte es diabetes, hipertensión, sobrepeso, obesidad y dislipidemias...”

Incentivar la participación de la familia y entorno social.

Psicóloga UNEME-EC: “para que sus familiares también se involucren, o mis familiares dicen que estoy loca, que por que vengo aquí a la clínica que yo me veo bien gordita (refiriéndose a los pacientes) a ver, trae a tu familiar, entonces ya se les explica sobre su enfermedad, tratamiento, etcétera”

En el testimonio anterior se observa que se involucra a los familiares, sin embargo, esta invitación al familiar surge a raíz de ubicar el conflicto que puede representar para realizar el tratamiento. No se obtuvo un testimonio, que mencionará como una de las bases obligatorias el realizar dinámicas que involucren a la familia.

Este modelo de “Prevención clínica” busca optimizar la atención en el 1er y 2º nivel de atención instaurando un modelo bio-psico-familiar de atención integral. Las medidas para lograr lo anterior son, estimular el desarrollo humano, la información, la investigación y, aumento en la infraestructura y acreditación de unidades. El objetivo es que funcionen a partir de un sistema de *corresponsabilidad, adherencia, referencia y contrarreferencia* dentro del esquema del seguro popular (Secretaría de salud, 2008).

El proyecto UNEME-EC además de incorporar un Modelo de Prevención clínica, buscaba tener una extensión en la comunidad, escuelas y trabajo, esto se pretendía llevar a cabo mediante algo que ellos llaman *interinstitucionalidad* y que, consistía en la creación de *grupos de ayuda mutua, intervención en espacios de trabajo, recreación, en el hogar y en escuelas* (Secretaría de salud, 2008). No se obtuvo ningún testimonio al respecto.

Con este modelo se buscó disminuir la tasa de morbilidad en diabetes de 60 a 6 por cada 100 habitantes; tener un ahorro en el tratamiento por paciente de \$200 mil MXN, tener

un ahorro de \$ 591 500 millones de pesos por cada UNEME-EC en un período de 10 años, a partir de la siguiente proyección de costos. No se obtuvo ningún testimonio al respecto.

- Evitar 180 casos de diabetes (medicamentos) **\$ 7,500,000**
- Evitar progresión a Insuficiente Renal Crónica de los 180 casos de diabetes anteriores **\$ 45, 000, 000.**
- Reducción de 18 casos de Insuficiencia Renal Terminal en diabéticos **\$54,000,000**
- Prevención de complicaciones en 2,500 personas con diabetes **\$ 266, 000, 00.**
- Reducción de 5 mm/Hg en promedio de la presión arterial en la población atendida. **\$20,000,000.**
- Reducción del 20 % de los 1575 pacientes/año que se espera sufrieran complicaciones por Hipertensión Arterial por cada UNEME. **\$118,000,000.**
- Y ahorro por gastos catastróficos en diabetes, enfermedad isquémica, enfermedad cerebrovascular e hipertensión **\$ 81, 000, 000.**

Cuadro 6. Proyecciones con relación al ahorro utilizando el modelo UNEME-EC. Elaboración propia.

Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

Al 2 de diciembre de 2015 se tenían 101 UNEMES-EC distribuidas en 29 entidades federativas, no se tiene información más reciente (Secretaría de Salud, 2015).



Imagen 3. Mapa con la distribución, proyección, proyectos finalizados, proyectos en funcionamiento y unidades capacitadas.

Fuente: Secretaría de salud, 2008.

La Secretaría de Salud reconoció como criterios de inclusión del programa “5 pasos” los presentados a continuación:



Imagen 4. Criterios de inclusión para ingresar al Modelo UNEME-EC.

Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

En los manuales de procedimientos de las UNEME-EC, los criterios de inclusión son los siguientes:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Pacientes con diabetes que requieran insulina en su tratamiento.- Pacientes con hipertensión y diabetes controladas pero con presencia de microalbuminuria (y/o con sospecha de cardiopatía que no tengan tratamiento crónico de la cardiopatía). Referidos con cuantificación de creatinina menor a 1.8 mg/dl.- Pacientes con Diabetes e Hipertensión que presenten como comorbilidad obesidad (IMC mayor a 30). |
| <ul style="list-style-type: none">- Pacientes con síndrome metabólico (3 padecimientos o más).- Pacientes con obesidad, hipertensión, diabetes y/o con dislipidemia, los cuales no han podido obtener las metas de tratamiento (descontrolados).- Pacientes con diabetes controlados con manifestaciones de neuropata periférica y/o con sospecha de cardiopatía que no tengan tratamiento crónico de la cardiopatía. |

Cuadro 7. Criterios de inclusión en el Manual de Procedimiento. Elaboración propia con datos del Manual de implementación UNEME-EC: Sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. Elaborado en 2011 y expuesto en el portal de la Secretaría de salud en el 2017.

Analizando la imagen 4 y el cuadro 7, en el supuesto de que las dos propuestas estuvieran completamente articuladas, el modelo UNEME-EC, sería un espacio para atender a cualquier persona que presentara obesidad, hipertensión, diabetes y/o dislipidemia y que tuviera la voluntad y las ganas de llevar un tratamiento para sus padecimientos.

Sin embargo, como se observa en los siguientes testimonios, el ingreso a las UNEMES-EC no es del todo voluntario; por el contrario está condicionado a ciertos requisitos. La psicóloga de la UNEME-EC, dice lo siguiente:

“Entonces todos deben traer su hoja de referencia, del centro de salud. Ninguno puede ser de quiero entrar.”

“los criterios son: tener 20 años o más, ser referidos del centro de salud, tener la póliza del seguro popular y que sean pacientes regulares. Pacientes con enfermedades crónicas, que no han podido llegar a las metas en el centro de salud.”

Lo anterior es lo que se reconoce por el personal de salud como requisitos indispensables para ingresar a la UNEME-EC, tener la póliza del seguro popular, ser referidos del centro de salud y llevar un mal control en el tratamiento de las enfermedades crónicas que presenten.

A continuación se exponen los elementos correspondientes al funcionamiento de las UNEMES-EC, extraídos de los manuales oficiales para la operación de las unidades; y, se agregarán algunos testimonios obtenidos del trabajo de campo realizado en la UNEME-EC y la jurisdicción a la que esta unidad pertenece, con el fin de contrastar el funcionamiento teórico con la realidad.

Cabe mencionar que existen diferentes manuales (*vease Cuadro 8.*) que guían el funcionamiento de las UNEMES-EC. El “Manual de organización para la atención de pacientes en UNEME Enfermedades Crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes” está dirigido al personal de salud y a la organización interna.

- Manual de implementación (infraestructura, personal y equipo).
- Manual de organización (normas y organigramas).
- Manual de procedimientos (actividades y flujo gama).
- Protocolos de Atención para (Diabetes, Hipertensión, Obesidad, Dislipidemias, Enfermería, Psicología, Nutrición, Actividad Física).
- Guías para pacientes con (Diabetes, Hipertensión, Colesterol, Actividad Física)

Cuadro 8. Protocolos implementados para el funcionamiento de las UNEMES-EC. Elaboración propia. Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

El objetivo de este manual es orientar al personal sobre los objetivos, funciones y estructura orgánica del mismo, delimitar las responsabilidades, así como el ámbito de competencia de las distintas áreas que integran su estructura y, a su vez, servir de apoyo para la capacitación del personal que labora en la unidad administrativa (Secretaría de salud, 2011_a).

El manual engloba todo el marco jurídico al que están sujetas las UNEMES-EC. Se encuentran aspectos generales de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; diferentes leyes de salud, laborales, administrativas, de derechos; reglamentos de las instituciones de salud, de procedimientos de atención; planes y programas nacionales de salud y desarrollo; decretos de salud, trabajo, defunción, arbitraje, medidas de austeridad y disciplina del gasto; acuerdos por parte del poder ejecutivo, acuerdos secretariales; normas oficiales mexicanas; cuadros básicos y catálogos de medicamentos, instrumentos, auxiliares y, lineamientos de protección de datos personales (Secretaría de salud, 2011_b).

La estructura orgánica indica que la UNEME debe contar con una coordinación de la unidad de especialidades médicas, área médica, área de enfermería, área de nutrición, área de psicología, área de trabajo social y, área administrativa.

La psicóloga de la unidad nos confirma que todas las áreas con las que deben contar las UNEMES-EC según los manuales se encuentran activas.

***Psicóloga UNEME-EC** "... Ese día se le pide al paciente que traiga su colación o su comida porque va a estar mucho tiempo, después de que salga, pasa conmigo como última área. Entonces trabajo social, enfermera, medicina, enfermería, nutrición y psicología..."*

El siguiente nivel de coordinación corresponde a la coordinación médica propia de cada UNEME-EC, ésta es la encargada de revisar la admisión, administración, área de servicios médicos y comunitarios y servicios generales.

Los testimonios del administrador de la jurisdicción a la que pertenece la UNEME-EC David Fragoso, y la médica de la unidad aportan a identificar el papel de quién sería la encargada de la Unidad.

Administrador de la Jurisdicción “... el médico es el responsable y es el que digamos llamado como director, aunque de acuerdo directo al organigrama dependen directamente del director del centro de salud [...] [...] se encarga de solicitar los medicamentos que se requieren, los reactivos que se necesitan, las solicitudes de mantenimiento y mantenimiento en todos los sentidos, del equipo de laboratorio del estuche de diagnóstico ...”

Al preguntarle a la médica si tiene contacto con los pacientes contesta lo siguiente:

Médica UNEME-EC “Sí claro, pero me encargo más de la parte administrativa”

Revisando el “Manual de implementación UNEME Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, Riesgo cardiovascular y Diabetes” identificamos las actividades que realiza cada profesional de los mencionados anteriormente. En cada uno de los turnos debe tener un equipo interdisciplinario mínimo necesario el cual consiste en 8 integrantes: recepcionista, trabajador (a) social, enfermero (a), médico (a) especialista tratante y coordinador de la unidad, psicólogo (a), nutriólogo (a), administrador (a), informático (a) y personal de mantenimiento.

La psicóloga nos aporta la siguiente información con relación a las actividades de cada integrante:

Recepcionista;

“...el de recepción está con su hoja de referencia, pide su seguro popular...”

Trabajador social;

“...después pasan con el trabajador social; el les explica sobre el funcionamiento de la UNEME, cómo trabajamos, los talleres, la importancia de asistir a consultas, no faltar...”

Enfermera;

“...después pasan con la enfermera, ella les toma estudios de laboratorio y ella lo que hace es como un cuidado como lógico, sabes que en pacientes diabéticos hay hipersensibilidad, están muy propensos a hongos, amputaciones, no se les da el cuidado como debe de ser a los pies...”

Área Médica

“...después, pasan con la doctora...”

Psicóloga

“...pasa conmigo como última área...”

“Llegan conmigo y entonces son como todos esos pensamientos, falta de apoyo, depresión, mitos, ansiedad, falta de motivación.”

Por otro lado la nutrióloga de la UNEME, menciona algunas de sus funciones:

“...Hacemos también medidas antropométricas, se calcula el IMC...”

“...tengo que idear estrategias para explicarles y que puedan entender bien su plan de alimentación...”

“Aquí utilizo un plato saludable para explicarles, es parecido al plato del bien comer

Al preguntarle más sobre el plato saludable mencionó que era el emitido por Harvard Medical School (vease imagen 5.)



Imagen 5. El plato para comer saludable. Fuente. Harvard T.H. Chan School of Public Health, 2017.

Cabe mencionar que en ninguno de los manuales de procedimiento, se reconoce al *plato para comer saludable* como herramienta para la orientación alimentaria, tampoco se incluye el *plato del bien comer*.

El administrador de la jurisdicción con relación al trabajo de la nutrióloga de la UNEME-EC, menciona.

“ De que el nutriólogo, el tiene dentro de sus instalaciones una cocineta y todos ¿cómo explicar? los ejemplos, todo lo tienen de plástico.”

“...como cocinar, la forma en la que deben hacerlo, la cantidad de aceite...”

“...de alimentos fijos, cuadros de dieta, las dietas, todo eso lo tienen. Y tienen un mini comedor, creo que hacen también ahí algunas cosas.”

La psicóloga con el siguiente testimonio, aporta que el paciente asistirá a todas las especialidades en un mismo día,

“...el paciente de primera vez en un día va a pasar con todas las áreas de una hora, ya después, se establecen sus horarios, sus días y nosotros trabajamos de 8 a 4. Ese día se le pide al paciente que traiga su colación o su comida porque va a estar mucho tiempo...”

Recapitulando la información expuesta hasta este momento se puede decir que se tiene una UNEME-EC que basa su funcionamiento en diversos protocolos relacionados con: infraestructura y personal; normas y organigramas; actividades; y, atención para los diferentes padecimientos.

Dentro de estos manuales se plantea que la atención debe ser integral, una vez que el paciente se registre y cumpla con todos los criterios de inclusión. Las áreas que constituyen al modelo son: recepción; trabajo social; enfermería; medicina; especialidad; coordinación; psicología; nutrición; administración; informática y mantenimiento.

Dentro del manual de procedimientos aparecen 10 servicios que debe ofrecer la UNEME-EC los cuales se enlistan a continuación:

1) Detección y control del sobrepeso, el Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus.

A continuación mostraremos el testimonio de dos funcionarios.

***Psicóloga UNEME** “... en el centro de salud los médicos especialistas en crónicos, identifican pacientes que no están adheridos al tratamiento y del centro de salud hacen canalización hacia nosotros...”*

Administrador Jurisdicción: "...llega el paciente se captura en el centro de salud, en el centro de salud se manda con la doctora, la doctora (no me acuerdo de su nombre) la entrevista. Debe tener alguna especialidad, no recuerdo cuál es pero si tiene una. La recibe hace un análisis de su historia clínica, todo lo que conlleva, los antecedentes, las entrevistas, todo"

Psicóloga UNEME-EC "la UNEME es como crónicos, lo más fuerte es diabetes, hipertensión, sobrepeso, obesidad y dislipidemias"

En estos testimonios se pueden confirmar dos cosas, la primera que la UNEME-EC no es la encargada de detectar los diagnósticos de sobrepeso, enfermedades cardiovasculares y diabetes. El centro de salud es el que absorbe esta responsabilidad y, al identificar un mal control se canaliza a las UNEME-EC. El último testimonio permite ver que los padecimientos más atendidos en la unidad son diabetes, hipertensión, sobrepeso, obesidad y dislipidemias, tal y como lo indican los manuales.

2) Tratamiento integral del sobrepeso, riesgo cardiovascular y la diabetes mellitus.

Ante esto el administrador de la jurisdicción dice lo siguiente:

Administrador de la Jurisdicción "normalmente la consulta integral, que no es otra cosa más que no puede ser aislado, si tu acudes a un servicio la nota que hace la enfermera (pasas a enfermería para que tomen signos, después de ahí vas con el médico de ahí te dicen ok, tienes que ir con el nutriólogo, de ahí con el psicólogo) Es eso la consulta integral, que todos los del equipo estén enterados de las necesidades del paciente y de su proceso."

El administrador aporta un elemento que no se había mencionado hasta ahora, la coordinación entre áreas. El testimonio permite ver que además de que el paciente reciba atención por todos los especialistas, estos deben estar informados sobre la evolución de las otras áreas. El mecanismo utilizado para informar a todos los profesionales, es el expediente electrónico interno que maneja la UNEME-EC.

Nutrióloga UNEME-EC *“Básicamente es un protocolo que está diseñado con reglas específicas, que te obligan a hacer y seguir. Hay diferentes padecimientos, se tratan diabetes principalmente, hipertensión, y el sobrepeso. Esto se puede checar también en internet.”El testimonio de la nutrióloga nos permite ver que es requisito apegarse a los protocolos de atención, hace énfasis en que se atiende principalmente diabetes, pero también sobrepeso e hipertensión, que corresponde a enfermedades cardiovasculares.*

3) Prevención y tratamiento de algunas complicaciones y secuelas de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias.

Psicóloga *“aquí hay que prevenir también, o sea vienes por hipertensión, pero tus hijos también me estás comentando, que tienen obesidad y que tienes familiares directos con diabetes, y vida sedentaria.”*

“...muchos dicen -es que yo tengo hipertensión, no diabetes- no pero tienes hipertensión, tienes obesidad, que es una enfermedad crónica, va relacionada...entonces es importante que conozcas ¿para qué? para prevenir, para evitar y para decir, ahorita está en tus manos decir ¿cómo quieres vivir? ¿cómo es la calidad de vida a la que te quieres enfrentar? ya después ya no se va a curar, entonces para qué también se informen que van de la mano las cuatro enfermedades.”

Los dos testimonios anteriores permiten ver que se considera a la obesidad como una enfermedad crónica. Además, se identifica que la profesional de la salud atribuye al paciente toda la responsabilidad sobre su vida y su salud. Se percibe una de las características de la medicalización de vida, en la que se desprende al individuo de un contexto. En los dos ejemplos que se presentan a continuación, se observa que es considerado como un factor de riesgo y que su control puede prevenir ciertas comorbilidades.

“...yo te puedo decir, es que si bajas de peso, vas a prevenir diabetes, a la mejor para el paciente no es importante; el paciente tiene que buscar una motivación que le va a impulsar para modificar sus hábitos...”

“informarle al paciente de su enfermedad, factores de riesgo, el tratamiento, son como nombres que uno le tiene que ver como psicólogo, pero es como informarle ¿usted sabe qué es la obesidad? ¿sabe cuales son los factores de riesgo? ¿sabes cuales son las enfermedades que le pueden dar? las complicaciones...”

Los testimonios anteriores, permiten abrir la interrogante sobre si el conocimiento con relación a la enfermedad, condición o padecimiento presentado, es suficiente para abordar el problema. El testimonio que procede, es de Julio, quien tiene conocimientos sobre su condición, tiene una idea o mensaje que puede morir a consecuencia del padecimiento. Sin embargo, manifiesta que a pesar de querer hacer las cosas “correctas” le cuesta trabajo.

Julio 52 años *“... pero pues uno quiere lo mejor siempre para su familia, yo no me quiero morir, por eso me cuido, pero sí me cuesta trabajo, además mis hijos también están gorditos, una tiene 5 y el niño 3; y quiero ser su buen ejemplo, no quiero que se enfermen por mi culpa ...”*

Julio aporta a la discusión la percepción de la obesidad como enfermedad, en la que se asocia la muerte con esta condición, a la vez, expresa un sentimiento de culpa y miedo, por el y sus hijos, al considerar a la obesidad como una “enfermedad” que además es “mortal”. Julio es un hombre que se dedica a la construcción, y si bien, muestra preocupación por su salud y disposición para seguir las indicaciones que se le dan en la clínica para mejorar su estado nutricional, también cuestiona y hace frente a las recomendaciones, un ejemplo es el siguiente testimonio que ofrece.

Julio 52 años *“...si, a la construcción ahí le hago de todo, ahora me tocó hasta allá fue donde hubo y ya llevo va pa el año [...] [...] ahí es cuando le digo a la doctora que no estoy sentado, pues la construcción y ya llevo a su casa por ahí de las 8 ya sin ganas de nada mas que de hambre...”*

Este último testimonio además de mostrar enfrentamiento ante el discurso del personal de salud, habla de su jornada laboral, la distancia que recorre, y el tipo de trabajo.

Se interpreta como que él siente que realiza actividad física y además, que la jornada laboral, la hora de llegada a su casa y la actividad realizada, lo dejan cansado sin ganas más que de comer. El testimonio de Julio invita a reflexionar sobre ¿qué mensajes se están manejando y emitiendo desde las instituciones de salud, con qué intención y cómo son interpretados?

4) Atención de pacientes con alto riesgo en desarrollar ECNT.

Miguel 35 años “... yo solo tengo obesidad y ya me dijeron, que por eso me mandaron para acá, que porque se me levantó el azúcar, pero todavía no soy diabético, lo que sí se me ha subido la presión, se me sube varias veces y seguido ...”

El testimonio de Miguel permite ver que un diagnóstico de obesidad, es suficiente para ser referido a la UNEME-EC, se podría interpretar que esta condición es considerada como una enfermedad. Sin embargo, pareciera que Miguel no considera a la obesidad como una enfermedad y deja ver que en algún momento no comprendía porque había sido transferido a la UNEME-EC, si el únicamente tenía obesidad.

Nutrióloga Centro de Salud “...La obesidad en concreto los pacientes son referidos por el médico todos los que te mencioné y se les agenda una cita, en la primera cita se les trata de hacer una tarjeta de control una historia de nutrición y se les deja una tarea, de siete días, con eso nos damos cuenta cuantos alimentos de carbohidratos consumen diario y en base a eso programamos para poder llevar el programa de alimentación con una persona [...]Es que son varios, dependiendo. -Dice el doctor que venga a nutrición-, por qué la envió, -pues dice que estoy gorda-, y usted ¿cómo se ve? -yo estoy bien, yo no me siento mal- entonces ahí empezar . -pues vengo y me dijo que usted me va a bajar de peso- yo le voy a ayudar para ver de qué forma puede bajar de peso[...] Si nos canalizan a los que tienen sobrepeso u obesidad, algunos hipertensos, diabéticos. Con tantito de IMC ya los mandan para acá ...”

La nutrióloga da a entender que existe un abuso con relación al riesgo “Con tantito de IMC ya los mandan para acá”. Ser percibe cierta legitimación con relación a inculcar miedo con el fin de obtener resultados favorable para las metas que el profesional de la salud considera adecuadas.

Por otro lado podemos ver reflejado en el testimonio de la nutrióloga el punto que nos propone Illich (1975) , con relación a la medicalización de la vida cotidiana, en la que actividades fuera del espacio médico, se ven controladas por las recomendaciones o el control, en este caso, de lo que se debe comer. La nutrióloga, utiliza una especie de frecuencia de consumo de alimentos que el paciente debe llevar a casa y llenar conforme vaya ingiriendo alimentos, de esta manera ella puede cuantificar la cantidad de alimentos que el individuo consume. Con lo anterior, podemos ver el alcance de lo que hemos mencionado anteriormente como medicalización de la alimentación o de la vida cotidiana.

5) Promoción para el control de las ECNT.

Administrador de la Jurisdicción “Al no poderse controlar se manda a la UNEME, y lo que hace es utilizando medicina general o no se como le llaman puede ser especialidad”

En la mayoría de los testimonios revisados hasta ahora, se observa, que a las UNEMES-EC, llegan referidas del centro de salud personas que ya han sido diagnosticadas con alguna enfermedad crónica, pero que no están controladas. Relacionando los testimonios, se percibe que las UNEMES-EC tienen la función de mejorar el control de las enfermedades en estos pacientes, que en otra unidad de salud no pudieron.

Con relación a lo anterior la psicóloga menciona lo siguiente:

“en el centro de salud los médicos especialistas en crónicos, identifican pacientes que no están adheridos al tratamiento y del centro de salud hacen canalización hacia nosotros”

En teoría las UNEMES-EC reciben a la gente que no se apega a los tratamientos en el Centro de Salud y, al ser una unidad de primer nivel de atención se podría suponer que tienen una gran demanda de atención. El administrador de la jurisdicción menciona lo siguiente:

“...pero ¿Qué crees? casi no hay pacientes, o los que llegan se van ya no regresan...”

El administrador de la jurisdicción, manifiesta que casi no hay pacientes en la UNEME-EC. Como se observó en el análisis de las dificultades, existen evidencias con relación a la decersión a partir de maltrato por parte del personal, situación económica y laboral. Pero ¿por qué casi no llegan pacientes? es una de las limitaciones que se presentó en este trabajo de investigación, y una interrogante que quedará abierta para futuros análisis.

6) Aplicación del proceso enfermero (plan de cuidados individualizados).

Psicóloga UNEME “...después pasan con la enfermera, ella les toma estudios de laboratorio y ella lo que hace es como un cuidado como lógico, sabes que en pacientes diabéticos hay hipersensibilidad, estas muy propensos a hongos, amputaciones, no se les da el cuidado como debe de ser a los pies...”

No se logró recuperar un testimonio directo de la enfermera, sin embargo, la psicóloga que fue la que mayor disposición mostró al momento de las entrevistas, menciona que el área de enfermería es la encargada de orientar a los pacientes con relación a los cuidados individuales en casa, se percibe que son asociados a las complicaciones que pueden desarrollarse a partir de los padecimientos que el paciente presenta.

7) Consejería en Nutrición.

Nutrióloga UNEME “...Aquí utilizo un plato saludable para explicarles, es parecido al plato del bien comer...”

Administrador jurisdicción “... De que el nutriólogo, el tiene dentro de sus instalaciones una cocineta y todos ¿cómo explicar? los ejemplos, todo lo tienen de plástico [...] [...] de alimentos frijoles, cuadros de dieta, las dietas, todo eso lo tienen. Y tienen un mini comedor, creo que hacen también ahí algunas cosas

[...] [...] como cocinar, la forma en la que deben hacerlo, la cantidad de aceite, todo lo que tiene que llevar ...”

Los últimos dos testimonios confirman y muestran un poco de cómo se da la orientación nutricional en la UNEME-EC, sin embargo, cabe mencionar que los pacientes que ingresan a esta unidad, pasaron previamente por el área de nutrición del centro de salud, el siguiente testimonio muestra algunas de las diferencias entre recibir atención entre estos dos espacios.

Mónica 56 años *“...lo que sí me puso a dieta, pero es bien malhumorada y me tocó que estaban otras señoritas ahí, y todas me preguntaban cosas, como que están aprendiendo...”*

Este testimonio, por ejemplo, muestra una de las brechas que discutíamos citando a López y cols. (2011), relacionada con la atención por pasantes o servicio social que no es la adecuada. Pero también nos deja ver una incomodidad por parte de la paciente al ser abordada por varias personas a la vez, cabe mencionar que esto no se da únicamente en centros de salud de primer nivel, se da también en segundo, tercero y alta especialidad. Habría que cuestionar qué pasaría si la paciente se negara a recibir atención por diferentes persona, lo que procede al testimonio anterior es lo siguiente:

Mónica 56 años *“... a mí me gusta más estar acá que en el centro porque allá (refiriéndose al centro de salud) hay mas gente, se tardan más, y ni te atienden bien, aquí le ponen más atención a uno ...”*

Como se mencionó otra brecha es que hay infraestructura y recursos humanos insuficientes, lo que significa un funcionamiento inadecuado. El testimonio de Mónica, permite ver que la rapidez en la atención, la calidad de la atención y la atención que el paciente recibe del profesional de salud, representan indicadores para la población de un mejor servicio y un espacio en el que el usuario siente más comodidad.

8) Terapia psicológica.

Psicóloga UNEME “... Yo tengo como una teoría, por el simple hecho de tener una enfermedad crónica descontrolada, a mi parecer requieren atención psicológica por qué la mayoría, 8 de cada 10 pacientes, padecen de un trastorno emocional que les impide adherirse al tratamiento; depresión, ansiedad, lo que el médico posiblemente no puede trabajar en su área [...] [...] un paciente con depresión, por supuesto que no va a tener ganas de hacer ejercicio, no va a comer en todo el día, o un paciente con ansiedad o estrés va a comer de más ...”

Es interesante escuchar que más allá de los hábitos alimenticios y el estilo de vida, se considera como problema el estado emocional de los pacientes. La psicóloga expone una cifra donde 8 de cada 10 de sus pacientes padecen algún trastorno, por otro lado, la nutrióloga del centro de salud comenta lo siguiente:

“pero me he dado cuenta que más que nada son los problemas sociales, económicos y sobre todo, son los emocionales”

La psicóloga habla de los problemas emocionales como una necesidad de atención en la unidad, y desde su profesión sería obligado tocar el tema. Pero se puede observar que la nutrióloga del centro de salud ha identificado los problemas emocionales como una de las dificultades para apegarse al tratamiento.

9) Formación de Grupos Preventivos de UNEMEs EC.

Psicóloga UNEME [...] que es salud, entonces se les invita también a los familiares en un taller mío a que pasen conmigo y se le explica [...] [...] para que sus familiares también se involucren [...] [...] a ver, trae a tu familiar, entonces ya se les explica sobre su enfermedad, tratamiento, etcétera [...]

Como se mencionó anteriormente, se puede ver que a las UNEMES-EC llegan los pacientes ya con algún padecimiento, en sí, no se percibe a las UNEMES-EC como un espacio de prevención y promoción de la salud. Más bien funcionan como un área de atención y educación en el control de enfermedades. Sin embargo, de manera aislada y según se requiera, se invita a los familiares a los talleres, y uno de los fines es instaurar el apoyo en casa para el control de enfermedades.

10) Actividades de trabajo de campo en escuelas, lugares laborales y módulos de detección.

Además de los talleres desarrollados en la UNEME, no se encontró un testimonio vinculado con acciones fuera de la unidad.

Otro punto incorporado en el “Manual de implementación” es el de requisitos administrativos, donde entran los criterios de selección para la atención de pacientes en las UNEMES -EC.

Los puntos para recibir a los pacientes en la UNEME-EC son:

Los siguientes dos testimonios confirman que es indispensable presentar una hoja de referencia y contar con el seguro popular para ingresar a las UNEME-EC, dejando a un lado que pueda ser voluntario el ingreso, a pesar de estar reconocido por la estrategia y por la metodología EPODE.

1) Ser referidos de las Unidades de Primer Nivel de atención (Hoja de referencia).

Psicóloga UNEME “... tener 20 años o más, ser referidos del centro de salud [...] [...] el médico del centro de salud, les explica; eres candidato para la UNEME, para empezar desde ahí tiene que ver, por

qué, porque los médicos cómo les explican a los pacientes -como no te controlaste, te voy a mandar a la UNEME- entonces aquí llegan asustados, como castigo, la mayoría lo ve así ...”

2) Que cuente con afiliación vigente al Seguro Popular.

Psicóloga UNEME “...tener la póliza del seguro popular ...”

3) Que sean pacientes regulares en sus asistencia a control médico (corroborado en tarjetero de control y expediente clínico).

Psicóloga UNEME-EC [...] que sean pacientes regulares [...]

Miguel 35 años [...]me queda lejos pero solo vengo una vez al mes, luego si no he venido y si me regañan y si me dicen que me van a regresar al centro de salud que porque eso es no querer estar , pero normalmente sí vengo,solo que por ejemplo, esa vez que falté fue porque mi mamá se enfermó y tuve que llevarla al hospital, y si yo la tengo que cuidar, porque mi esposa cuida a mis hijos [...]

Si bien, es un requisito indispensable ser paciente regular, Miguel manifiesta que se ha enfrentado a dificultades para asistir, por lo cual ha sido reprendido por algún profesional de la salud (no se tiene dato de quién), la llamada de atención se basa en no tener interés por continuar en el tratamiento, sin comprender las dificultades a las que se enfrentan los usuarios para asistir.

4) Se dará prioridad a los pacientes que se encuentren inscritos a los grupos preventivos de la unidad que lo envió.

Nutrióloga Centro de Salud al que corresponde la UNEME-EC [...] cada 15 días una demostración, damos el tema y una demostración con ensaladas... para ir incluyendo verduras y sí hemos logrado, por lo menos de los 3 grupos que tenemos que sí se mantienen y sus niveles de glucosa, también se mantienen [...]

En los centros de salud se imparten ciertos talleres, pláticas, clases de cocina o de preparación de alimentos. La asistencia a estos talleres que en su mayoría se imparten en el turno matutino suman puntos a ser candidatos para ingresar a las UNEMES-EC.

Este requisito resulta un tanto contradictorio con la estrategia nacional que sostiene a la UNEME-EC, ya que .

Las acciones de campo propuestas en el modelo UNEMES-EC, consiste en diferentes actividades por parte del equipo de salud (enfermera, trabajador (a) social, nutrióloga), por ejemplo:

- 1) Visitas anuales a escuelas y centros de trabajo.**
- 2) Promover campañas, pláticas con padres de familias, profesores, sociedades médicas, de nutrición locales para fomentar hábitos de alimentación saludables y actividad física.**
- 3) Demostraciones de actividad física y alimentación en centros comerciales, centros de recreación, ayuntamientos y clubes de servicios.**
- 4) Reforzar la acreditación, grupo de ayuda mutua y de adultos mayores.**

Las acciones expuestas anteriormente, podrían tener base en la metodología EPODE, en concreto con el programa “5 pasos”. Sin embargo, no se obtuvo ningún testimonio que aporte elementos de que estas acciones se llevan a cabo, ni que tuvieran algún vínculo con el modelo.

Las UNEME-EC tendrán bajo su responsabilidad:

1. Realizar talleres de actividad física y alimentación con las familias con factores de riesgo y centros laborales de la localidad.

Psicóloga UNEME-EC: “Y enfermería, nutrición y psicología, participamos en los talleres como para reforzar, la nutrióloga da temas como, lectura de etiquetas, grupos de alimentos, selección de grupos de alimentos, la enfermera como toma de presión de glucosa, frecuencia cardíaca; y en mi área son temas como, motivación, autoestima.”

Psicóloga UNEME-EC: “Yo doy talleres, de diferentes temas, talleres familiares, sentimientos y emociones, preocupaciones, mitos y realidades.”

“entonces también se trabaja con los familiares”

2. Ser centro de capacitación y demostración para el primer nivel.

No se obtuvo ningún testimonio donde se observara que la UNEME-EC tuviera esta función, ni algún tipo de interacción con las otras unidades de salud además de la referencia de pacientes.

3. Centro local de la RED de prevención clínica de las Enfermedades Crónicas.

Dentro del manual de implementación de las UNEMES-EC está un apartado que corresponde a la evaluación de las unidades y de la estrategia en general, se menciona que existe un Centro Nacional de Concentración de Datos y Evaluación de las UNEMES-EC y que la información generada por este centro será el principal insumo de las evaluaciones de proceso. El objetivo de este centro sería obtener resultados oportunos para analizar y mejorar la implementación, así como modificar procedimiento.

Psicóloga UNEME-EC: [...] Aquí te piden metas por etapa. Este año mi coordinadora, del gobierno federal, nos cita vía electrónica y nos hace exámenes... para identificar en que etapas están los pacientes[...]

D. Promoción de hábitos saludables desde una Unidad de atención integral para la obesidad y enfermedades crónicas.

Reforzando los testimonios anteriores, se exponen los testimonios que contribuyan a la identificación de las las interpretaciones, dificultades para la adherencia al tratamiento a continuación el caso de una paciente de la UNEME-EC.

***Mónica 56 años** “... no ha sido fácil señorita, en mi casa me dicen que estoy bien, pero a mí sí me traumó cuando el doctor me agarró de aquí y me dijo, eso la va a matar...”*

Mónica con su testimonio, deja ver una situación de dificultad para adherirse al tratamiento, a partir de un aspecto cultural, en el que la familia ejerce una presión al chocar con las recomendaciones asociadas con la salud del centro de salud. Lo anterior por un lado y, por el otro, manifiesta un temor originado por la transgresión física a su cuerpo, por parte del médico y un alarmismo en el discurso que maneja el médico con relación a la muerte a partir de la grasa en el abdomen (Mónica al realizar la entrevista, agarró el área abdominal para hacer referencia al lugar que el médico había tocado). Este testimonio habla de un maltrato psicológico y físico, en el que la paciente perdió toda voluntad sobre su cuerpo ante la vulneración del poder médico. En esta discusión cabría rescatar la propuesta de Foucault (1976) con relación a la medicalización, donde el individuo se enfrenta a la pérdida de la capacidad de decisión sobre su cuerpo.

La no adherencia al tratamiento con relación a obesidad y enfermedades crónicas en el Centro de Salud, amerita que los pacientes sean referidos a las UNEMES-EC. La psicóloga de la UNEME-EC aporta el siguiente testimonio:

“...identifican pacientes que no están adheridos al tratamiento y del centro de salud hacen canalización hacia nosotros.”

Por otro lado, la psicóloga se enfrenta a lo siguiente, una vez que ingresan a la UNEME-EC:

“...el médico del centro de salud, les explica; eres candidato para la UNEME, para empezar desde ahí tiene que ver, por qué, porque los médicos cómo les explican a los pacientes -como no te controlaste, te voy a mandar a la UNEME- entonces aquí llegan asustados, como castigo, la mayoría lo ve así.”

Hasta ahora se puede observar que el maltrato en las unidades de salud y por parte de los funcionarios involucrados, se reconoce como un factor para abandonar los tratamientos y la asistencia a las consultas. Y si bien, la psicóloga reconoce que el miedo y el castigo son una limitante para la adherencia al tratamiento, el administrador no considera al maltrato como una razón lógica para abandonar los tratamientos.

La poca participación familiar, también se reconoce como una de las causas de la ineficiencia por parte de los servicios de salud.

“...y le digo, -tráeme a tus familiares-, se le pasa con la autorización de la paciente, -mire se le mandó insulina por esto y por esto- ¡ah!, entonces se les resuelven todas sus dudas, sus miedos también de los familiares, porque como contagian.”

El testimonio anterior lo aporta la psicóloga, incluir a los familiares en los tratamientos, es una de las actividades contemplada en el proyecto UNEME-EC, y para el 2014 (año en el que se realizó la entrevista) se lleva a cabo en la unidad estudiada. La funcionaria, reconoce que es importante involucrar a la familia, para la adherencia del tratamiento, debido a que muchas veces los pacientes (según la psicóloga) se enfrentan a la información de los familiares, y en ocasiones esta se contraponen a las recomendaciones, el siguiente testimonio, se expresa una de las razones por las que se decide incorporar a la familia a los tratamientos.

“...tuve dos pacientes que le mandó la doctora insulina, que se les explicó ¿no? pero la paciente venía solita, entonces llegó a la casa y un familiar les dice - no, porque te vas a quedar ciego, porque te vas a morir, porque te vas a hacer adicta- entonces, aquí el paciente me refiere - ¿qué hago? y le digo, tráeme a tus familiares...”

La poca educación en salud es otra de las dificultades que se reconocen en la estrategia, la psicóloga de la UNEME-EC, nos comentó lo siguiente al respecto.

“...falta de conocimientos sobre la enfermedad; lo que la obesidad puede llegar a ocasionar...”

Lo anterior lo menciona al preguntarle sobre el choque que tienen los pacientes con las recomendaciones, en su vida cotidiana. Por último, la falta de satisfactores emocionales, la nutrióloga del centro de salud, nos aporta un testimonio para este último elemento en este nivel de análisis.

“Hay pacientes que tienen nueve meses y no logramos nada, bajan y luego de repente suben; pero me he dado cuenta que más que nada son los problemas sociales, económicos y sobre todo, son los emocionales.”

El último testimonio nos da la pauta para discutir las dificultades para la adherencia al tratamiento que reconocen los profesionales de la salud, pero que no son reconocidos en la estrategia. Dichas dificultades están relacionadas con los siguientes contextos:

Psicóloga UNEME-EC *“...uno la mayoría vienen de lejos, hacen dos horas de camino, vienen de Picacho Ajusco, entonces eso. Otro, falta de recursos económicos, para venir a consultas...”*

En el testimonio anterior se observa a la distancia como una dificultad, argumentando que se encuentra a mucho tiempo de sus casas. Por otro lado, menciona que la falta de recursos para conseguir transporte, se presenta de igual manera como un problema.

Médica UNEME-EC “... Sí, pues más que nada, a que no le dan prioridad a la salud, y también a veces dicen que no les alcanza o no tienen dinero...” (haciendo referencia a los pacientes)

La médica repite la parte económica como una de las dificultades, además de hacer un prejuicio con relación a que la gente no le da prioridad a la salud.

Nutrióloga UNEME “Y también la parte económica Y también los recursos, no les alcanza, eso es lo que dicen ...”

Se observa en el testimonio anterior, además de reiterar que la parte económica dificulta la adherencia al tratamiento; una duda con relación a los argumentos que dan los pacientes.

Nutrióloga centro de salud “Sí me han tocado personas que lo que hacen es vender su ropa, para poder consumir alimentos, entonces a veces no tienen recursos ni para el transporte”

Nutrióloga del centro de salud “Casi todos vienen, a menos que se les presenten los problemas económicos, de que a veces no tienen ni para el pesero... Si son solo 8 pesos, pero a veces 8 pesos nos alcanza para un kilo de tortillas o medio kilo de tortillas.”

Los dos testimonios anteriores, reafirman por cuarta ocasión que los problemas económicos son la principal dificultad y que esto impacta a nivel de compra de alimentos, acceso al transporte para poder llegar al centro de salud o la UNEME-EC. Los testimonios de dos usuarios nos hablan de lo siguiente:

Rocío 65 años “...Pero lo más difícil es en cuanto a recursos económicos, antes cuando trabajaba me compraba mis chayotes, mis verduras o lo que necesitaba para mi dieta, porque también he tenido mis dietas[...]es difícil, por el tiempo y, a veces señorita... uno tiene que comer lo que se tiene o lo que se puede. Para una dieta, se necesita pues tener. Yo nada más cuando digo, tengo, me compro mis verduras o pollo, así cosas, frutas, y pues como lo normal, tortillas 2 o mínimo 3”

Miguel 35 años “...no puedo porque me dicen que coma tantas verduras, y no me alcanza para también darles de comer en mi casa...porque yo no gano muy bien...”

Es una realidad que los usuarios se enfrentan a problemas económicos que impiden llevar a cabo las recomendaciones emitidas por parte de los profesionales de la salud, además de enfrentarse a decisiones que involucran al entorno familiar, reconociéndose como proveedor del ingreso familiar.

Psicóloga UNEME-EC *“...porque la mayoría dice ¿qué pasa? quiero bajar de peso pero mi esposo dice que no, o mi esposo dice que no que yo me veo bien así gordita, que es salud, entonces se les invita también a los familiares en un taller mío a que pasen conmigo y se le explica ...”*

La poca participación de la familia, fue identificada como una dificultad en la estrategia. En el testimonio anterior, se puede observar que sí existe una participación pero con otra percepción y significados, donde el cuerpo gordo puede representar salud.

Psicóloga UNEME-EC *“Que tienen poca capacidad de reflexión, de análisis de conciencia, están muy arraigados con sus ideas, lo que dice la familia, sin embargo, eso poco a poco puede ir cambiando.” (haciendo referencia a los pacientes)*

Nutrióloga UNEME *“...Tienen su hábitos muy arraigados, y como son pacientes ya adultos es muy complicado que les cambien o les des un plan de alimentación.*

Los dos testimonios anteriores mencionan que las ideas y hábitos arraigados son una limitante, incluyendo a la capacidad de reflexión y la falta de conciencia. Esto refleja una idea por parte del personal que responsabiliza únicamente al individuo sobre las decisiones de estilo de vida. De esta manera se extrae al sujeto de un entorno cultural en el que las ideas y tradiciones pasan de generación en generación, dificultándose algún cambio sobre el consumo de alimentos en la edad adulta.

Miguel 35 años [...]pues sí en mi casa, yo vivo con mi mamá, mi esposa y mis niños[...]pero a ellos les gusta comer bien, que se llenen, mi mamá es la que cocina y no con tanta grasa, antes sí, pero ya con esto, que le baje [...]

Psicóloga UNEME-EC "...los hombres son campesinos y pues obviamente no van al super, lo que comen son elote, tortillas, frijoles, hay unos alimentos que combinados les aumentas el índice glucémico, etc. Entonces, así como para llevar un plan alimenticio que diga vas a llevar un plan alimenticio, así con esto, esto y esto, pues no..."

Psicóloga UNEME-EC " Y también hay un alto índice de población analfabeta, entonces imagínate, darle la insulina, pues si hay que explicarle."

Julio 52 años "...si me ha costado trabajo, porque yo no estoy en la casa, vivo por acá por Tepalcatlalpan, salgo de su casa para a las 5 para llegar a las 8 a la obra porque si no no llego, es allá por Cuajimalpa ..."

La psicóloga reconoce por un lado que los hombres que asisten a la UNEME-EC, son campesinos, asegura que no van al super y que esto representa una dificultad para llevar un plan alimenticio. Por otro lado, menciona que hay un alto porcentaje de analfabetismo entre los usuarios de las UNEMES-EC y que esto complica la explicación con relación a los tratamientos.

Y por último Julio, reconoce como una complicación su jornada laboral, ya que se encuentra fuera de casa y son distancias largas.

Psicóloga UNEME-EC "Cuando el paciente me dice -es que mi esposo me prohíbe a que me arregle, como me vista- baja autoestima, entonces cuando se comenta eso, hay pacientes que sí han llegado a comentarme - no quiere que venga que porque estoy cambiando, porque le digo que no me gusta- es que es pueblo, entonces están muy arraigados a lo que digan, no permiten aprender un poco más, es como una desventaja ..."

"...Y también, la mayoría de las mujeres de aquí, son amas de casa..."

Con lo últimos dos testimonios se observa que el rol de género sigue siendo tema a discutir, en este caso se hace una aproximación desde los servicios de salud, sin embargo, la

manifestación se da en el entrono familiar, donde la mujer se encuentra sujeta a la opinión del esposo y no tienen un poder sobre las decisiones a tomar con relación a su cuerpo.

Rocío 65 años *“Es caro llevar una dieta por ejemplo; esta hija a veces me acarrea para comer esta hija luego me presta para comer, yo se que tengo prohibido los embutidos, y ellos casi siempre comen embutidos, ahorita por ejemplo desayunaron huevitos con salchicha, la salchicha picada...me comí tortilla y media, entonces me llega con el desayuno y pues me lo como...”*

Se observa que las dificultades se dan en diferentes niveles relacionados con el contexto, para cerrar este apartado se rescató el siguiente testimonio:

Nutrióloga centro de salud *“... Hay pacientes que tienen nueve meses y no logramos nada, bajan y luego de repente suben; pero me he dado cuenta que más que nada son los problemas sociales, económicos y sobre todo, son los emocionales...”*

Con el último testimonio se puede cerrar el análisis de este apartado en el que se ha visto que los servicios de salud tienen diversas deficiencias reconocidas en los documentos oficiales, en su forma de operar. Sin embargo, una de estas deficiencias (baja adherencia al tratamiento) da pie a analizar el por qué de este problema. Con diversos testimonios de los profesionales de la salud y usuarios de las UNEMES-EC, se observa que los problemas socioeconómicos son uno de los principales factores, esto afecta en la toma de decisiones alimentarias y también en la accesibilidad para transportarse a los diversos centros de salud. El rol de género, la ocupación y las costumbres, son determinantes para la toma de decisiones con respecto a la salud, y el cuerpo, sin dejar de discutir que la accesibilidad es un tema que requiere la atención de todos los involucrados en materia de salud, desde un Estado como garante de derechos que favorezcan las condiciones de vida dignas, pasando por una infraestructura y transporte público accesible; hasta la capacitación en técnicas de

enseñanza para enfrentarse a situaciones de analfabetismo, pero también de comprensión con respecto a ver al individuo como un sujeto social que interactúa en diversas esferas de la sociedad.

Por parte de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención(2008) se estableció que las UNEMES-EC, adquieren la responsabilidad de contribuir a los cambios en la conducta, detección y control de factores de riesgo y, manejo de casos. Se estima que de esta forma podrían contribuir a alcanzar las metas establecidas con relación a la promoción de patrones de conducta que promuevan la salud; reducción del riesgo en la población y, disminución en la mortalidad (Secretaría de salud, 2008).

En México existen dos evidencias de evaluación del modelo UNEME; en primer lugar está una evaluación que el Instituto Nacional de Salud Pública realizó a las UNEMES-EC en el 2012 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). El objetivo era evaluar el desempeño del modelo de atención multidisciplinario y la extensión de las buenas prácticas para el tratamiento de enfermedades crónicas de las UNEME-EC en el aspecto clínico y organizacional (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012)

La evaluación consistió en levantar información en 30 UNEMES-EC alrededor de la República Mexicana sobre la *satisfacción y surtimiento de recetas; expedientes clínicos, cuestionario de unidades médicas; y entrevista a responsables estatales* (Instituto Nacional Salud Pública, 2012).

Dentro de los resultados se planteó como primer hallazgo, que una parte de los usuarios que ingresan a tratamiento, dejan de asistir a sus citas (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

Nutrióloga Centro de Salud [...] Si me han tocado personas que lo que hacen es vender su ropa, para poder consumir alimentos, entonces a veces no tienen recursos ni para el transporte y cambian. A veces se van a otra delegación [...]

Existe otro informe presentado en el *International Journal of Integrated Care*, donde se menciona que existe una buena integración entre el modelo teórico y el modelo operativo. Sin embargo, mencionan que se identificaron a nivel nacional dificultades en diversos niveles para la inserción y articulación, que permita el tránsito adecuado del paciente crónico, según su necesidad clínica (Molina y cols., 2015)

A nivel estatal se identificaron dificultades relacionadas con mecanismos de inestabilidad laboral del personal, y por otro a mecanismos de seguimiento y evaluación orientada al cumplimiento de las metas (Molina y cols., 2015).

Con el fin de cerrar el apartado de exposición de resultados, quisiera aportar el siguiente testimonio que nos habla del tiempo en el que el paciente de la UNEME-EC permanecerá en el tratamiento.

Psicóloga UNEME-EC “ Aquí nada más están un año, es el límite, del centro de salud los mandan para acá un año, el paciente viene subsecuente cada mes, por así decir. Después, vienen cada 3 meses como seguimiento, a ver como estas, como se ha sentido, su peso, sus estudios de laboratorio y el último año, cada medio año. En total van a estar 3 años, un año subsecuente, otro año cada 3 meses y otro año cada 6 meses, aquí en la UNEME. ¿después qué pasa? La doctora les hace una hoja de contrareferencia, vinieron así, esos son los cambios y ese es el medicamento que se va; paciente controlado, donde se hizo el cambio en su medicamento, en su plan alimenticio cada uno hace como una hoja de alta, con cuantas calorías cuantas porciones y se le da al paciente y se le regresa a su médico y eso se archiva en su expediente ...”

Por último, el administrador de la jurisdicción menciona lo siguiente

“Este, aquí el error que se ha cometido, es que los pacientes se sienten tan a gusto en la UNEME que se quieren quedar ahí.”

A manera de cierre de este apartado se puede rescatar que serán tres años los que el paciente pueda permanecer en la UNEME-EC, el testimonio del administrador deja ver que estas unidades son un espacio en el que los pacientes se sienten a gusto, sin embargo, el mismo funcionario reconoce esto como una falla en el sistema de operar.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las instituciones de atención en salud en México, se dirigen bajo un modelo médico imperante - el modelo médico hegemónico- que se ha constituido a partir de los siguientes elementos: *una correspondencia a un modelo económico, la instauración de una tecnificación y la biomedicina, y el proceso de medicalización* que trae una propuesta de *culpabilización e individualización* hacia los individuos, lo anterior se manifiesta en la promoción de los estilos de vida saludables, que permean e interactúan con otras dimensiones de la vida cotidiana.

En el marco teórico se destinó un apartado a la comprensión de la medicalización alimentaria y en general de la vida cotidiana, desde las instituciones de salud en México. Las UNEMES-EC y el centro de salud no son la excepción; la medicalización en estos espacios se manifiesta al haber una intervención a nivel individual, normatizando los horarios de consumo de alimentos, la actividad física, promocionando hábitos saludables descontextualizados, homogeneizando el consumo alimentario y, en un sentido más complejo, haciendo uso del poder médico para culpar, e inducir miedo a partir del riesgo de enfermar. El punto relacionado con el riesgo de enfermar es aún debatible ya que autores como Moreno (2006), hablan de una construcción social de la enfermedad donde se trata de tomar en cuenta el significado de un determinado padecimiento por los diferentes grupos

sociales, lo que nos da elementos para decir que no toda persona enferma igual, ni de la misma manera.

Las UNEME-EC, fueron creadas bajo la voluntad de ofrecer un espacio que contara con atención integral y diera solución al problema de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas en el primer nivel de atención. En un día el paciente tendrá que pasar a todas las especialidades lo que implica en algún momento una mayor inversión de tiempo “...Ese día se le pide al paciente que traiga su colación o su comida porque va a estar mucho tiempo...” lo que puede llegar a representar solicitar permisos en el trabajo, faltar al trabajo, ausentarse en actividades domésticas, ausentarse en actividades académicas, etc. Es de relevancia discutir, que lo que realmente se puede visibilizar como un modelo integral de atención es un conjunto de elementos administrativos como el archivo electrónico (en el que se busca que todos los profesionales de la salud tengan conocimiento de los tratamientos en cada área que visitan e incluso pensarlo como un expediente universal para todas las instituciones de salud) y, la disponibilidad de un equipo formado por diferentes disciplinas; sin embargo, en los testimonios no se alcanza a ver si estas disciplinas interactúan al mismo tiempo con el paciente, si hay o no congruencia entre el tratamiento de un profesional y otro, etc.

El caso de los centro de salud de primer nivel, sigue siendo un tema a analizar y discutir; ya que, se ha reconocido que este nivel de atención, posee muchas deficiencias que truncan el camino para la atención adecuada en salud. En el Programa Nacional de Sald 2007-2012, se reconocieron ciertas deficiencias que fueron utilizadas para justificar y aportan a la construcción de la metodología UNEME de manera teórica; sin embargo, en los testimonios presentados en el apartado anterior se puede observar que las deficiencias reconocidas en el 2007 en el Programa Nacional de Salud se siguen presentando siete años después (momento en el que se realizaron las entrevistas). En este punto quiero rescatar el testimonio del administrador de la jurisdicción, donde menciona que a veces no se pueden realizar los

laboratorios por falta de insumos, el comentario es el siguiente “...pero bueno si no se pueden hacer estos laboratorios, se le dice al paciente que vaya a un particular, para estar enterados bien de su evolución...”. El ver la solución en el gasto de bolsillo por parte de los pacientes al no tener los insumos suficientes por parte de las autoridades de salud, me parece por un lado uno de los elementos que legitiman que los servicios públicos de salud sigan en el proceso de desmantelación y en la sección de marginación por parte de la agenda pública. Y por otro lado, me parece que contribuye aún más a la discusión sobre la descontextualización del individuo que asiste a estas instituciones, como se mencionó anteriormente la población derechohabiente es la que pertenece a los sectores económicos más desfavorecidos, asumir que *deben* generar un gasto extra por un servicio que de manera oficial debe proveer la institución de salud, favorece a continuar con la brecha que ha sido reconocida en el primer nivel de atención como gasto de bolsillo y, que obliga a una redistribución de la economía familiar que puede o no afectar la dinámica diaria.

La baja adherencia al tratamiento es otra de las dificultades reconocidas en el primer nivel de atención, dentro del trabajo de campo realizado para esta investigación se obtuvieron testimonios que aportaban al análisis de esta categoría en diferentes niveles. Por ejemplo, el abandono del tratamiento por maltrato, la violencia es una manifestación constante en los servicios de salud por parte del profesional de salud, en este caso retomaremos el siguiente testimonio “*pero a mí sí me traumó cuando el doctor me agarró de aquí y me dijo, eso la va a matar...*” para dar cuenta del nivel al que la agresión física y psicológica puede llegar dentro de los espacios de salud. Los funcionarios son conscientes de que existe un maltrato hacia el paciente, el paciente manifiesta el impacto de esta violencia en su vida cotidiana y en las decisiones para continuar con el tratamiento; y, aún así la violencia se sigue reproduciendo y lo que es peor se subestima.

Una de las dificultades que más se reconocen por parte de los usuarios y del personal de salud para apegarse a los tratamientos, es la capacidad económica para la compra de alimentos y el transporte hacia los centros de salud. Los profesionales de la salud reconocen en común que ésta es una de las principales causas, pero insisten en qué -aunque sea con poco se pueden lograr los objetivos- en el supuesto de que el paciente tenga únicamente que destinar sus recursos a la compra de alimentos. La postura aquí, sería reconocer que existen estas dificultades económicas y sociales y, que el personal y las instituciones de salud, tampoco tienen la capacidad para resolverlas. Lo que abriría la discusión con relación -a sí la solución a los problemas de salud pública asociado con enfermedades crónicas, se encuentra en las instituciones de salud-.

Los testimonios presentados muestran elementos concretos con relación a la alimentación vista como parte de un proceso sociocultural y económico, donde se encuentran incorporados elementos como el tiempo “... *por el tiempo...*”, la disponibilidad y el acceso “...*y no me alcanza para también darles de comer en mi casa, porque yo no gano muy bien...*”, la convivencia “...*esta hija a veces me acarrea para comer...*”, las costumbres “...*pero a ellos les gusta comer bien, que se llenen...*” y el rol en el hogar “... *mi mamá es la que cocina...*”. Este último, nos deja ver otra manifestación donde el adulto mayor en el caso de Rocío muchas veces está sujeto al cuidador.

El estudio desde la determinación social del proceso salud/enfermedad/atención, nos da elementos para discutir desde la evidencia mostrada que las condiciones de vida y trabajo; siguen y seguirán determinando la salud en los mexicanos. Y, que las instituciones de salud, no tienen la capacidad para resolver dificultades económicas, culturales, sociales, y de movilidad para llevar a cabo los tratamientos de manera esperada. Las UNEMES-EC, dan atención a aquella población que se encuentra o se encontrará afiliada al Seguro Popular, y que en su mayoría pertenece al quintil por categorización socioeconómica más bajo (quintil

l). No hay que desconocer que el gasto de bolsillo es algo que se ha manifestado desde hace varias décadas siendo un 45 % de la población la que se ha enfrentado a este gasto y que ha equivalido a un 50% del gasto familiar (Menéndez, 2005; 219). Y, algunos testimonios presentados reconocen que este gasto existe y es justificado por el personal de salud, al argumentar que hay falta de insumos médicos y, que es necesario que el paciente realice sacrificios para conservar su salud, en este caso sacrificios económicos.

Otra de las dificultades del primer nivel de atención reconocida por el Programa Nacional de salud 2007-2012, es la existencia de múltiples programas. Se observa por un lado que los y las funcionarias reconocen que existe muchos programas *“... es que hay tantos programas...”*, por otro lado, es reconocido como parte de la estrategia contra la obesidad pero se asocia con otro espacio de la secretaría de salud *“...ese forma parte de la estrategia nacional contra la obesidad, y eso se ve en el centro de salud...”* y, por último, se deja ver que no importa el programa que exista, el nutriólogo (a), cuenta con la autonomía suficiente para utilizar su criterio *“... Es criterio propio del nutriólogo...”* bajo el entendido de que los programas llegan a ser modas y que la realidad es otra *“... ahorita están de moda los cinco pasos...”*. Dentro de esta discusión valdría la pena retomar el testimonio de la nutrióloga de la UNEME-EC, con relación al uso del “Plato para comer saludable de Harvard”, que por un lado hace que cuestionemos el apego a los protocolos propios de la UNEME-EC, en el que no está incorporada dicha herramienta. Por otro lado, analizándolo a detalle se contradice en algunos elementos con las recomendaciones que se dirigen a la población mexicana por parte de las Guías de Orientación Alimentaria; por ejemplo, en las recomendaciones mexicanas se recomienda el uso de margarinas, en el plato Harvard, se prohíben e incluso se recomienda la ingesta de aceite de oliva (producto altamente más caro) o canola. En teoría las Guías de Orientación Alimentaria mexicanas, están hechas para que cualquier individuo (sin necesidad

de asistir a una institución de salud o de orientación alimentaria) pueda leerla; tomándo en cuenta lo anterior y en el supuesto de que la gente realmente tenga acceso a dichas herramientas de aprendizaje, con la recomendación desde las instituciones de salud (en este caso de la UNEME-EC) a partir de una herramienta ajena a la población mexicana, contribuiría generar una mayor incertidumbre sobre lo que realmente sería saludable, y a un choque de saberes entre los instrumentos didácticos de salud pública mexicanas y las referencias internacionales.

Me gustaría rescatar el testimonio presentado donde el administrador ve como una deficiencia en el funcionamiento de las UNEMES-EC -el que los pacientes se sientan a gusto y contentos en la UNEME-EC- si bien, es contradictorio desde nuestro análisis, encontrar maltrato en el discurso de los profesionales de salud. Se observa que las UNEMES-EC, han funcionado como un espacio de desahogo de los centros de salud, donde no se ha dado la afluencia esperada, ni suficiente, pero que ha sido bien aceptada por los pacientes. Testimonios como *“lo tratan a uno mejor que allá en el centro de salud, los doctores son amables”* evidenciarían un logro en el primer nivel de atención, más que una deficiencia; ya que, el trato digno desde las instituciones de salud ha sido una carencia que se ha ido normalizando al pasar de los años y agravando en ciertos sentidos.

En este trabajo se ha documentado el marco de referencia y el debate con relación a la obesidad, en el que aún se discute si esta condición debe verse como una enfermedad; ya que, existen evidencias en el que individuos presentan gordura y también bienestar.

En los testimonios presentados, se percibe que la obesidad más que verse como un factor de riesgo para el desarrollo de ciertas enfermedades, se asume como una enfermedad; y no solo eso, si no que se transfiere el conocimiento sobre que es una enfermedad mortal.

La obesidad como tal es una condición que está determinada como cualquier otro padecimiento asociado con la alimentación, por un contexto social, económico, político y cultural; que si en todo caso representa un problema de salud pública, debe ser abordado bajo todos los aspectos antes mencionados. De lo contrario, se cae en una descontextualización y extracción del sujeto como un agente social, las consecuencias de este abordaje pueden ir dirigidas a la estigmatización, el aislamiento, e incluso a poner en riesgo la salud al querer alcanzar ciertos estereotipos de bienestar. La culpabilización e inducción del miedo como medida terapéutica en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad desde las instituciones de salud, reflejan una poca comprensión de las dimensiones que engloban las problemáticas alimentarias y en salud del país. La construcción de políticas intersectoriales incluyentes y pertenecientes al contexto mexicano sigue representando un reto para las autoridades mexicanas, y, el seguir apostando por dejar la intervención a estos padecimientos únicamente desde las instituciones de salud, reflejaría una comprensión e intervención limitada de la problemática y una apuesta por ejecutar acciones insuficientes.

Al inicio de este documento se planteó la pregunta siguiente **¿qué está sucediendo que la prevalencia en el sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus, enfermedades cardio vasculares, dislipidemias continuaban en incremento?** y sin dar una única respuesta, sí puedo afirmar que los las estrategias, planes y programas tienen una base práctica limitada, en tanto que la solución a estas condiciones no se encuentra únicamente en las instituciones de salud, ni dependen exclusivamente de los individuos que las padecen; mientras no se considere mejorar las condiciones de vida, la regulación de la industria alimentaria, la viabilidad para realizar actividades físicas al aire libre disponibles y accesibles para todas y todos, las condiciones laborales, por mencionar algunas; las brechas en materia de salud seguirán creciendo.

REFERENCIAS

- 1) American Heart Association. (2015). The American Heart Association's Diet and Lifestyle Recommendations. Revisión en línea en [http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/HealthyEating/Nutrition/The-American-Heart-Associations-Diet-and-Lifestyle-Recommendations_UCM_305855_Article.jsp#.WSuVshOGORs]
- 2) Barriguet (2011) en Borys, JM., LeBodo, Y., De Henauw, S., Moreno, L., Romon, M., Seidell, J., Visscher, T. (2011). Preventing Childhood Obesity: Epoque European Network Recommendations. Lavoisier, France.
- 3) Barrientos-Pérez, Margarita, & Flores-Huerta, Samuel. (2008). ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 65(6), 639-651. Revisión en línea en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600019]
- 4) Bauman, Z. (2007). Vida de consumo. Fondo de Cultura Económica, México.
- 5) Belmartino, S. Políticas de salud. (1992) ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema a investigar? En: Estado y políticas sociales en América Latina, México: FIOCRUZ/UAM-X,
- 6) Blech, J. (2005). Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino.
- 7) Bolio, A. (2012). Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, n. 65. pp 20-29. Revisión en línea en:[<http://www.redalyc.org/pdf/340/34024824004.pdf>]
- 8) Borys, JM., LeBodo, Y., De Henauw, S., Moreno, L., Romon, M., Seidell, J., Visscher, T. (2011). Preventing Childhood Obesity: Epoque European Network Recommendations. Lavoisier, France. 251 p.
- 9) Campos, I., Barquera, S., Aguilar, C. (2012). Efecto de la obesidad sobre otras enfermedades crónicas y la mortalidad. In J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo & C. Murayama, Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado (1st ed., 259- 277). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- 10) Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Strategies to Prevent Obesity. Revisión en portal en línea en [<https://www.cdc.gov/obesity/strategies/index.html>]

- 11) Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- 12) Contreras, J. (2005). *Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres*. Universidad de Barcelona, Barcelona. (380 p.)
- 13) Contreras, J. (2005). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainak*. 27. Pp. 31-52. Revisión en línea en [<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27031052.pdf>]det
- 14) Díaz, C., Gómez, C.(2006). Sociología y alimentación. *Revista Internacional de Sociología*, Tercera Época, N° 40. (pp.21-46). Revisión en línea en [<file:///Users/ilemugo/Downloads/188-297-3-PB.pdf>]
- 15) Donnangelo, MC., Pereira, L.(1976) *La medicina en la sociedad de clases*. Brasil: Librería Dos ciudades. (pp. 33-77.)ç
- 16) Instituto Nacional de Salud Pública.(2016). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud Medio Camino 2016*). México, D.F.
- 17) Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos de Antropología Social* No. 18. Buenos Aires, Argentina. Pp. 165-183. Revisión en línea en: [<http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n18/n18a11.pdf>]
- 18) Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro: El gusto, la cocina y e cuerpo*. Anagrama. Barcelona. 441p.
- 19) Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*. Vol. 10, No.2. 170p. Revisión en línea en [<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>]
- 20) Foucault, Michel (1996). "Historia de la medicalización". En *La vida de los hombres infames*, editado por Michel Foucault, La Plata: Altamira. (pp. 54-58.)
- 21) García, Juan César. (2016). La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Cubana de Salud Pública*, Enero-Marzo, (pp.143-175.)
- 22) Gracia, M. (2009). Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. *Salud colectiva*, 5(3), 363-376. Revisión en línea en [[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300005&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300005&lng=es&tlng=es)]

23) Gobierno de la República. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: Programa Sectorial de Salud. México, D.F. Revisión en línea en [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf]

24) Granados, JA; Delgado, G. (2006). Temas médico-sociales en México: La maestría en Medicina Social y la revista Salud Problema. Perfiles educativos, 28(113), 129-141. Recuperado en 30 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982006000300007&lng=es&tlng=es.

25) Harvard, T.H. Chan School of Public Health (2017). Revisión en línea en [<https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish/>]

26) Illich, I. (1975). Nemesis médica: La expropiación de la salud. Barral Editores. España. 218 p. Revisión en línea en [<http://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>]

27) Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (2015) Kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México. 48 P. Revisión en línea en [http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150311_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf]

28) Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC). Cuernavaca, Morelos. 65 p.

29) Instituto Nacional de Salud Pública. (2014). Calidad del Primer Nivel de Atención de los Servicios Estatales de Salud: Propuesta de Intervenciones. 200 p. Revisión en línea en [https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/141209_BIDI.pdf]

30) Jiménez, A. (2017). La política de culpabilizar a los niños y adultos de la Obesidad. JONNPR. 2017; 2(4): 122-123.

31) Kanoussi, D. (2001). Hegemonía, Estado y sociedad civil. Plaza y Valdés, S.A de C.V. México.

32) Knaul, FM., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Sandoval, R., Caballero, F., Hernández-Ávila, M., Juan, M., Kershenovich, D., Nigenda, G., Ruelas, E., Sepúlveda, J., Tapia, R., Soberón, G., Chertorivski, S., Frenk, J. (2013) Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. México. Salud pública de México (Vol.55, no.2). 235 p. Revisión en línea en [<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf>]

- 33) Laurell, Asa., Herrera, J.(2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. Salud colectiva, Buenos Aires, 6(2): 137-148.
- 34) López, M., Durán, JL., Villanueva, M. (2011). La necesidad de transformar el sistema de salud en México. Gaceta Médica de México 147: 469-474.
- 35) López, O., Escudero, J., Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Vol. 3 No. 4 Medicina Social. 323-334 p.
- 36) Martínez, SE. (2001). *La canasta Básica Alimentaria en México, 1980-1998: Contenidos y determinantes*. UNAM-Facultad de Economía. México. Pp. 102.
- 37) Menéndez, E. (1986) Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Manuscrito no publicado. Seminario de postgrado: Salud social y comunitaria. Universidad Nacional de Luján. Buenos Aires.
- 38) Menéndez, E. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. Natura Medicatrix n. 51. Pp. 17-22. Revisión en línea en [
- 39) Molina, V., Ortiz, G., Pérez, H., González, JF. Implementation experiences of a mexican model of comprehensive care for major chronic diseases. 3rd Worl Congress on Integrated Care. Vol 15, 17 Nov 2015. México, pp. 19-21. Revisión en línea en [<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2411/>]
- 40) Morales, M. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad. Patologización preventiva de la vida cotidiana. Boletín de Psicología 94: 85-104.
- 41) Moreno, L. (2006) El drama social de la persona con diabetes. (Tesis de Doctorado no publicada) México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- 42) Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Salud Pública de México, 49(1), 63-70. Recuperado en 30 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=es&tlng=es.
- 43) Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. Rev. Med. Clin. Condes 23 (2), Chile. pp. 124-128[http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF/%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Moreno-4.pdf] obesidad
- 44) Nava, J., Palacios, J., Muñoz, P. (2014). La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. Ciencia y Saúde Coletiva, vol.19, núm. 6. Río de

Janeiro, Brasil. pp. 1721-1729. Revisión en línea en [<http://www.redalyc.org/pdf/630/63031130009.pdf>]

45) Organización Mundial de la salud. (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Revisión en línea en [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1]

46) Organización Mundial de la salud. (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Revisión en línea en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42755/1/WHO_TRS_916_spa.pdf]

47) Organización Mundial de la Salud (2017) *Obesidad y sobrepeso*. Centro de prensa. No. 311. Revisión en línea en [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>]

48) Organización Mundial de la Salud (2017) *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Revisión en línea en [<http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>]

49) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos .(2015). *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*. OECD Publishing, Paris. Revisión en línea en [DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>]

50) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en México.(2013). Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su consolidación en México. México, D.F. OPS. 379 p.

51) Osorio, J. (2005). El Estado en el centro de la mundialización, la sociedad civil y el asunto del poder. Fondo de Cultura Económica. pp 19-62.

52) Press, E. (2013). Empresas de familia: Del conflicto a la eficiencia. (1st ed., pp. 12). Buenos Aires: Granica.

53) Rivera, J., Perichart, O., Moreno, J. (2012_b). Determinantes de la obesidad: marco conceptual y evidencia científica. In J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo & C. Murayama, *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado* (1st ed., pp. 45-77). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

54) Rivera, J., Velasco, A., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F., & Murayama, C. (2012_a) . *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. Trabajo de postura. In J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo & C. Murayama, *Obesidad*

en México: Recomendaciones para una política de Estado (1st ed., pp. 11-41). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

55) Rodríguez Zoya, Paula Gabriela. (2015). Alimentación y medicalización: Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. *Sociológica* (México), 30(86), 201-234. Revisión en línea en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732015000300007&lang=pt]

56) SADER, 2001 <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100726093044/6sader.pdf>

57) Schiordia, J., Ugalde, F., Cerón, F., Vázquez, A. (2012). *Obesidad mórbida, síndrome metabólica y cirugía bariátrica: Revisión de la literatura*. Cirugía endoscópica Vol. 13 No. 2. México, D.F. PP. 85-94.

58) Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México, D.F. 207 p. Revisión en línea en [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf]

59) Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México, D.F. 188p. Revisión en línea en [<http://www.pediatria.gob.mx/pns.pdf>]

60) Secretaría de salud. (2008). Estrategia Nacional para la Prevención, Tratamiento y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. México.

61) Secretaría de Salud. (2010_a). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA). México, D.F. Revisión en línea en [<http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf>]

62) Secretaría de Salud. (2010_b). Manual de mercadotecnia social en salud. Primera Ed. México, D.F. Revisión en línea en [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Manual_Mercadotecnia.pdf]

63) Secretaría de Salud. (2011_a). Manual de implementación UNEME Enfermedades Crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. 2^a Edición. México, D.F.. Revisión en línea en [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/18599/ManualImplementacionUNEME_ECsobrepeso_RCV_DM.pdf]

64) Secretaría de Salud. (2011_b). Manual de organización UNEME Enfermedades Crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. 2^a Edición. México, D.F. Revisión en línea en [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/ManualOrganizacion_atencion_pacientes_UNEME_EC_sobrepeso_RCV_DM.pdf]

65) Secretaría de Salud. (2015). *3er Informe de labores 2014-2015*. México, D.F. Revisado en línea en [http://ucvps.salud.gob.mx/docs/pats/3er_Informe_Labores_SSA_2015.pdf]

66) Secretaría de Salud. (2015). Reunion Nacional de Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas UNEMES-EC. Revisión en línea en [<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/reunion-nacional-de-unidades-de-especialidades-medicas-de-enfermedades-cronicas-unemes-ec>]

67) Stoner, L., & Cornwall, J. (2014). Did the American Medical Association make the correct decision classifying obesity as a disease? *The Australasian Medical Journal*, 7(11), 462–464. <http://doi.org/10.4066/AMJ.2014.2281>.

68) Torres, F., (1997). Dinámica económica de la industria alimentaria y patrón de consumo en México. UNAM-IIEc, México. Revisión en línea en [<http://ru.iiec.unam.mx/1981/1/23DinamicaEconomica.pdf>].

69) Torres, F. (2001). Ingreso y alimentación de la población en el México del Siglo XX. UNAM, México, D.F. 101 p.

70) Torres, F. (2012) Transformaciones de la demanda alimentaria como factor de la obesidad en México. In J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo & C. Murayama, *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado* (1st ed., 125-144). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

71) Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. Fondo de cultura económica. México, D.F. 323 p.

72) Unikel, C., Vázquez, V., Kaufer, M. (2012). Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad. In J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo & C. Murayama, *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado* (1st ed., 189- 209). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

73) Vadillo, F., Zambrano, E., Cruz, M. (2012). Genética y epigenética de la obesidad. In J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo & C. Murayama, *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado* (1st ed., 211- 231). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.