

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Obesidad y Política Pública desde la Promoción de la Salud

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A :

CITLALI SERRALDE VÉLIZ

D I R E C T O R

DR. OSWALTH MANUEL BASURTO BRAVO

Ciudad de México, marzo 2020

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Gracias por ser la base de mi formación, cada uno de ustedes ha aportado grandes cosas a mi vida, y me han ayudado a enfrentar la gran tarea de lograr un objetivo más. Les agradezco por todo, en especial por ser los principales benefactores del desarrollo de mi tesis.

INDICE

Introducción	1
Objetivo:	2
Objetivos Particulares:	2
Pregunta de Investigación	3
Hipótesis.....	3
Justificación	3
CAPÍTULO I Salud y Promoción de la Salud	5
Enfoques y Modelos de Promoción de la Salud.....	10
CAPÍTULO II Obesidad, Síndrome Metabólico y más...	14
Obesidad.....	15
Factores de Riesgo:	17
Teorías & Dietas:.....	18
Síndrome Metabólico	19
Factores de Riesgo:	22
Diabetes Mellitus II.....	23
Fisiología:.....	24
Dislipidemia.....	26
Hipertensión Arterial.....	28
Arterioesclerosis y Ateroesclerosis.....	32
Gota.....	35
CAPÍTULO III Políticas Públicas	37
1. Salud Pública.....	52
1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no trasmisibles. ..	52
1.2 Promoción de la Salud.	53

1.3	Prevención.....	56
2.	Atención Médica.....	57
2.1	Acceso efectivo a Servicios de Salud	57
2.2	Calidad de los Servicios de Salud	57
2.3	Mejora de las competencias y la capacidad resolutiva del personal de salud	58
2.4	Infraestructura y tecnología.....	59
2.5	Garantía de abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro.....	60
2.6	Centro de Diabetes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.....	60
2.7	Cirugía Bariátrica.....	61
2.8	Investigación y evidencia científica	61
3.	Regulación Sanitaria y Política Fiscal	63
3.1	Etiquetado.....	63
3.2	Publicidad.....	65
3.3	Política Fiscal	66
	Conclusiones	67
	Referencias	72

Introducción

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2015) y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud contienen los derechos y obligaciones. Promoción de la Salud es un tema que ha cobrado importancia en la actualidad, lo interesante es que esta mezcla no resulta en una “*colcha de retazos*”, sino con elementos de todas esas disciplinas, crea un nuevo “*vestido*” que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experiencia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir “*bienes sociales*” en la forma más efectiva, ética y equitativa posible (Restrepo & Málaga, 2001). Hasta el día de hoy se han registrado nueve Conferencias, donde se le ha dado seguimiento al tema de Promoción de la Salud y ahondar más en los principales enfoques y modelos que han dominado el desarrollo de la Promoción de la Salud.

En este trabajo analizaré varios temas enfocados a la obesidad, promoción de la salud y política pública. Comenzando por saber que es la Promoción de la Salud con sus enfoques, conferencias y parte del desarrollo en la materia, donde la obesidad es una enfermedad crónico multifactorial y se caracteriza por la acumulación excesiva de tejido adiposo, y como un factor que contribuye a enfermedades asociadas (González Barranco, Gomez Santos, & Chavarría Arciniega, 2004). Existen varias teorías que intentan explicar los mecanismos relacionados con su desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que es el problema de salud más grande de lo reconocido que enfrenta la sociedad actual. En México se ha incrementado dramáticamente la prevalencia de sobrepeso y obesidad, viéndose reflejado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016), donde la población de 5 a 11 años de edad presentó una prevalencia combinada de 33.2%, los adolescentes de 12 a 19 años 36.3% y los adultos de 20 años y más 72.5%. Existen varios instrumentos de medición que diagnostican el grado de obesidad y la distribución de la grasa corporal. Además de los numerosos factores de riesgo biológicos hay otros de carácter social y ambiental que contribuyen a la enfermedad.

Las políticas son el diseño de una acción colectiva intencional donde las definiciones tienen en común gobierno y ciudadanos, en una relación de decisión ante las problemáticas nacionales, traduciéndose en políticas públicas donde están explícitas las intenciones, metas y objetivos para un bien. Para fines del presente se investigó cuáles eran las políticas públicas que el gobierno mexicano adoptó e instruyó para combatir la problemática de obesidad y sobrepeso, por lo que desarrolló la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013. Contando con una serie de apartados que se criticarán para saber el cumplimiento de tan importante acción contra una problemática nacional.

Objetivo:

El presente trabajo tiene como objetivo hacer una crítica de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013, para medir el cumplimiento de tan importante acción contra una epidemia nacional; a través de las políticas públicas que adoptó e instruyó el gobierno mexicano y los enfoques de Promoción de la Salud.

Objetivos Particulares:

1. Analizar en qué consiste la obesidad y sus consecuencias.
2. Analizar los enfoques de promoción de la salud con el fin de escoger con el fin de escoger el que más se adecúe en la discusión sobre la epidemia de obesidad en México.
3. Analizar la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013 para discernir qué modelo de promoción de la salud es en el que se basan y qué resultados ha arrojado.
4. Comparar qué aspectos de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013 se han cumplido, cuáles son sus fortalezas y cuáles sus áreas de oportunidad principalmente para los promotores de salud.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la política pública planteada por el gobierno mexicano, hasta qué punto sus metas se han alcanzado y en qué modelo de promoción de la salud se fundamenta para disminuir la epidemia de sobrepeso y obesidad?

Hipótesis

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013 es una política pública encaminada a la disminución de la epidemia de sobrepeso y obesidad basándose fuertemente en los diferentes modelos de promoción de la salud.

Justificación

La epidemia de Sobrepeso y Obesidad es un problema epidemiológico que existe en la actualidad en México, afectando a más del 70% de la población adulta y para combatirla se diseñó La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013. Pero si la salud la definimos como un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2015), entonces los modelos que presenta la Promoción de la Salud, siendo un tema joven y en su corto tiempo ha tomado fuerza, son fundamentales para atacar esta epidemia en las comunidades, ya que cada una de ellas es.

Como promotora de la salud, me es de importancia el tema ya que afecta directamente a los individuos y por consiguiente el entorno en el que se desenvuelve y como ese entorno le está afectando. La visión multifactorial que tiene la Promoción de la Salud es de gran utilidad, ya que no solo nos podemos centrar en un Modelo, por ejemplo, el médico-hegemónico, ya que este solo funciona cuando se encuentra la enfermedad y no tiene esa visibilidad de todos los factores que le afectan al individuo y su comunidad.

Además, como Promotores de la Salud, tenemos un campo más tangible, en donde podemos ir teniendo presencia, ya que al ser una licenciatura del área de la salud y que se está en busca de una identidad con las bases que presenta multifactoriales se puede tener una mejor perspectiva para apoyar al individuo, y así ir abriendo camino en el ámbito laboral, donde se cree un área definida como Promoción de la Salud y no como prevención disfrazada de. Al tener solo una Universidad donde se imparte esta licenciatura es de gran apoyo, ya que no se tiene competencia para que tome identidad. Es por ello que debe de haber más programas en colaboración con la Secretaría de Salud, y reitero, empezando por realmente tener un área definida y que las personas que colaboren y sienten las bases sean Licenciados, Maestros o Doctores en Promoción de la Salud, así esta licenciatura poco a poco tendrá más presencia. También sugiero que el servicio social se haga en una institución gubernamental, para que así se vea el trabajo que se está realizando y como se está realizando.

Por lo que creo que las autoridades institucionales tienen que dar ese gran paso, para abrir camino, dando las propuestas, empezando, por las epidemias de enfermedades no transmisibles, como es el caso de la Obesidad y Sobrepeso, que además de otras cosas para el sector salud está costando mucho económicamente y así estar aprovechando esas vulnerabilidades que tiene el sector salud para tener esa gran presencia los Promotores de Salud.

CAPÍTULO I Salud y Promoción de la Salud

En este <primer> capítulo hablara de las definiciones de Salud, Promoción de la Salud y Prevención. Así como del artículo 4° de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos. También se dará una introducción de los modelos y enfoques que tiene la Promoción de Salud, sin dejar de lado las conferencias que ha tenido esta área para ir tomando fuerza y abriendo camino. Y que papeles juega la Organización Mundial de la Salud y La Organización Panamericana de la Salud.

La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2015). En esta definición coincide la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Ley General de Salud (LGS); esta última reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad (Secretaria de Salud Federal de México, 1983). Donde su finalidad es el bienestar físico y mental del hombre, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida, el disfrute de servicios de salud, conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo e investigación científica para la salud, entre otros; los cuales se pueden encontrar en el artículo 2° de la Ley General de Salud.

Promoción de la Salud (PS) es un tema que ha cobrado importancia en la actualidad, mas no es nuevo, ya que desde la Carta de Ottawa en 1986 se empezó a hablar del tema y plasmar objetivos. Se tiende a confundir con Prevención, que es la adopción de medidas encaminadas a impedir produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, tengan consecuencia físicas, psicológicas o sociales negativas (Meseguer, 2007).



Figura I.1 Ejemplos de Promoción de la Salud
Tomada de <http://www.nutricionsinfronteras.org/que-es-la-salud-publica/>

Para muchos no es claro si la PS es una ciencia, una disciplina, una política o un programa. La mejor concepción sobre la PS, en opinión de Bunton y MacDonald (1992), es que se acerca más al concepto de una *“disciplina académica o mejor aún a un conjunto de varias disciplinas académicas”*, es decir, que la PS incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico-práctico, entre las cuales se identifican las siguientes: Política Social, Educación, Sociológica, Epidemiológica, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía. Lo interesante es que esta mezcla no resulta en una *“colcha de retazos”*, sino con elementos de todas esas disciplinas, crea un nuevo *“vestido”* que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experiencia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir *“bienes sociales”* en la forma más efectiva, ética y equitativa posible (Restrepo & Málaga, 2001). Pero para la OMS (plasmada en la Carta de Ottawa) consiste:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (Carta de Ottawa & OMS, 1986).

Y es así que Mar Rodríguez la define como el proceso de capacitar a las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud (Rodríguez Beltran, Empoderamiento, 2009). Es por ello que la Promoción de la Salud es un todo que rodea al ser humano.

Los organismos reguladores son la OMS y La Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se desprenden de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Desde la adopción en 1978, de la declaración de Alma-Ata se marcó un hito importante en la estrategia de Salud para todos. (Secretaría de Gobernación). Estableciéndose las áreas de acción prioritarias sobre las que se considera necesario incidir y mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones, desarrollando numerosas políticas y estrategias orientadas a capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla (Promoción y Educación para la Salud, 2013).



Figura I.2 Logos de Organización de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud,
Tomada de: onu.org.gt/ONU-en-guatemala/agencias/opsoms/

Después la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá en 1986, propuso acciones claves para establecimiento de políticas públicas saludables, creación de ambientes favorables, fortalecimiento de acciones comunitarias, desarrollo de habilidades personales y reorientación de servicios de salud. La segunda Conferencia celebrada en Adelaida, Australia en 1988 se definió la construcción de una política pública saludable. En la tercera Conferencia de Sundsvall, Suecia en 1991 se trató la creación de ambientes favorables; enfatizando la importancia del desarrollo sostenible y la acción social en el ámbito comunitario y la gente como motor de desarrollo. La cuarta Conferencia celebrada en Yakarta, Indonesia en 1997 identificó 5 prioridades para la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI; I) Promover la responsabilidad social por la salud, II) Documentar la capacidad de la comunidad empoderando a los individuos, III) Expandir y consolidar

alianzas por salud, IV) Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud, V) Asegurar una infraestructura para la PS.

En la quinta Conferencia Ciudad de México, México 2000, se articuló cada una de las 5 prioridades identificadas en Yakarta (Rodríguez Beltran, Empoderamiento, 2009). La sexta Conferencia de Bangkok, Tailandia en 2005, se establecieron las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la Promoción de la Salud, estos tiene una influencia crítica en la salud, siendo, las desigualdades crecientes en los países y entre ellos, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales y la urbanización (OMS, Carta de Bangkok, 2005).

La séptima Conferencia celebrada en Nairobi, Kenya 2009 se identificaron estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de implementar la Promoción de la Salud, creando sociedades justas que permiten a las personas llevar vidas que ellos mismo valoran, aumentando el control sobre salud y los recursos necesarios para el bienestar (OMS, Carta de Nairobi, 2009). La octava Conferencia en Helsinki, Finlandia 2013, reconoce que centrarse en el sector salud por sí solo no es suficiente para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, la protección de la salud y la gestión de la sostenibilidad financiera de los sistemas de atención de la salud y tiene como eje central el enfoque de salud en todas las políticas (Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud, 2013). La Novena Conferencia de Shanghái, China 2016 marca un nuevo rumbo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con el objetivo de inspirar a los gobiernos y otras partes interesadas para para que entiendan el enorme potencial de promover la salud en todos los sectores de la sociedad (Centro de Recursos de Promoción y EpS, 2017).



Figura I.3 Línea del tiempo donde muestra las Conferencias de Promoción de la Salud
 Tomada de: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&slug=961-20170720-ps-emancipadora&Itemid=493

La última conferencia marca importantes compromisos, para dar respuesta a los retos actuales a nivel mundial, estableciéndose 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con la finalidad de dar fin a la pobreza, reducir las desigualdades, luchar contra el cambio climático y promover el desarrollo social. Entre los ODS se destaca por su relación con la promoción de la salud y con el tema de este trabajo:

Objetivo 2. Poner final **hambre**, lograr la **seguridad alimentaria** y la mejora de la **nutrición** y promover la **agricultura sostenible**. Es decir, incluye cuestiones relacionadas con la alimentación saludable.

Objetivo 3. Garantizar una **vida sana y promover** el **bienestar** de todos a todas las edades. Este Objetivo se centra en promover estilos de vida saludables en todas las etapas de la vida, así como mejorar la calidad de la vida en la población.

La Promoción de la Salud puede contribuir notablemente a conseguir los objetivos de Desarrollo sustentable, mediante estrategias multisectoriales e integrales, basadas en la evidencia científica y que actúen en las áreas de acción ya contempladas en la carta de Ottawa y que han ido perfilándose en las diferentes Conferencias de Promoción de la Salud (Centro de Recursos de Promoción y EpS, 2017).

La Promoción de la Salud es un rompecabezas, cada pieza aporta conocimientos, experiencia e ideas, para un bienestar físico, mental y psicológico, donde la unión de las piezas hace que el ser humano se desarrolle en ambientes sanos, con calidad de vida y no llegue a enfermar. Todo esto con ayuda de políticas públicas que surgen de los gobiernos, las organizaciones e interesados.

Enfoques y Modelos de Promoción de la Salud

El fortalecimiento de las acciones por parte de los actores de Promoción de la Salud brinda elementos necesarios para describir los principales enfoques que han dominado el desarrollo de la PS y como han ido influyendo en la práctica (Elejalde Calderón, S/F). En 1974 se publicó el Informe Lalonde donde se expuso estos determinantes:

- *Medio Ambiente*: relacionado a los factores ambientales físicos, contaminación atmosférica, contaminación química, tanto del suelo, aire y agua, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.
- *Estilos de Vida*: Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc....
- *Biología Humana*: relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- *Atención Sanitaria*: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones (Villar Aguirre, 2011).

De los enfoques que se han desarrollado se encuentra Estilos de Vida, se refiere a la manera de vivir y las pautas personales de conducta, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud (Giraldo Osorio, Toro Rosero, Macias Ladino, Valencia Garcés, & Palacio Rodríguez, 2010). Al decir negativamente se traduce en factores de riesgo, que es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo para que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2015)

Los estilos de vida saludables llevan a la adopción de una conducta de la promoción de la salud, es decir, que se tomen decisiones benéficas, como una dieta saludable, actividad física, convivencia sana, tolerancia, integración social y familiar, acceso a seguridad social en salud, autoestima, identidad, salud mental positiva, entre otras. Sin embargo, hoy en día, en la mayoría de la población se observa con frecuencia el sedentarismo, el estrés, la mala nutrición, el exceso de consumo de alcohol, el

tabaquismo, el uso de sustancias psicoactivas, insomnio, falta de higiene personal, contaminación ambiental, falta de relaciones interpersonales, rechazo personal, que impactan negativamente, y aunque se promuevan en las personas una cultura de estilo de vida saludable, en ocasiones, éstas no tiene las oportunidades económicas, sociales y educativas necesarias para llevar a cabo esta conducta saludable (Giraldo Osorio, Toro Rosero, Macias Ladino, Valencia Garcés, & Palacio Rodríguez, 2010).

Por lo que la OMS define estilos de vida, como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (OMS, 2015). Estilos de Vida está ligado con las decisiones que tome el individuo, en cuestión de hábitos, alimentación, formas de percibir la vida y el mismo, poniendo así a los factores de riesgo como el actor malo, para que el cuerpo este en un estado de salud positivo.



Figura 1.4 Factores de Riesgo y Estilos de Vida Saludables. Muestra del lado izquierdo Factores de Riesgo y del lado derecho estilos de vida saludables.
Tomado de <https://www.doktuz.com/wikidoks/prevencion/estilos-de-vida-saludable.html>

El enfoque Médico-Hegemónico es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde finales del siglo XVIII ha logrado establecer al conjunto de prácticas, saberes o ideologías teóricas como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el estado. Donde sus principales rasgos son el

biologismo, individualismo, mercantilismo, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente. (L. Menendez, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 1988).

La parte medular es el biologismo que constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias y orientación hacia los problemas de Salud/Enfermedad. Para la práctica médica la enfermedad es sin duda un hecho natural/biológico, no teniendo historia.

A este modelo además de la práctica clínica curativa, se suma la práctica preventiva y epidemiológica; donde se reconoce un poco los factores socioculturales y económicos.

Este modelo se centra en la enfermedad, donde el experto (el médico o la enfermera) es quien tiene el control del saber de la salud, dejando al individuo como un sujeto que no puede tomar decisiones para estar sano y que la ausencia de la enfermedad es estar saludable; dejando así una relación enfermedad – salud – enfermedad, no tomado en cuenta más factores como lo social o económico.



Figura 1.5 Medico-Paciente. Imagen que muestra el poder del conocimiento en salud.
Tomado de <https://cssalud-uner-grupoa.blogspot.com/?view=snapshot>

El modelo de Empoderamiento nace de la preocupación de los Psicólogos comunitarios por sentar las bases teóricas de la psicología comunitaria; un autor llamado Julian Rappaport de la Universidad de Illinois propone a finales de los años setenta un modelo que se conocerá con el nombre de Empoderamiento (*Empowerment*) (Buelga, 2007)

El Empoderamiento, es un concepto multidimensional y complejo. La OMS lo define como un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud. (Rodríguez Beltran, Empoderamiento, 2009). Serrano García (1984), señala que el empoderamiento es un proceso, por el cual los individuos, grupos o comunidades llegan a tener la capacidad de controlar sus circunstancias y de alcanzar sus propios objetivos, luchando por la maximización de la calidad de sus vidas.

La Real Academia de la Lengua Española lo defiende como una acción encaminada a hacer fortalecer a un individuo o grupo social desfavorecido. En el contexto de Salud, el empoderamiento se refiere a un proceso que facilita el cambio conductual, favorece la responsabilidad y la toma de decisiones informadas de los pacientes principalmente en áreas de nutrición, actividad física, y toma de medicamentos para alcanzar las metas de tratamiento (Arcila Martínez & Arizmendi Rodríguez, 2016).

Este modelo da las herramientas para que el individuo tome conciencia y la bases que lo benefician para tener Salud, es decir, no se le dice los pasos a seguir y como hacer las cosas, sino se le da información para que tome conciencia y tenga el poder de decidir sobre lo que más le conviene para mejorar como sujeto y su entorno.

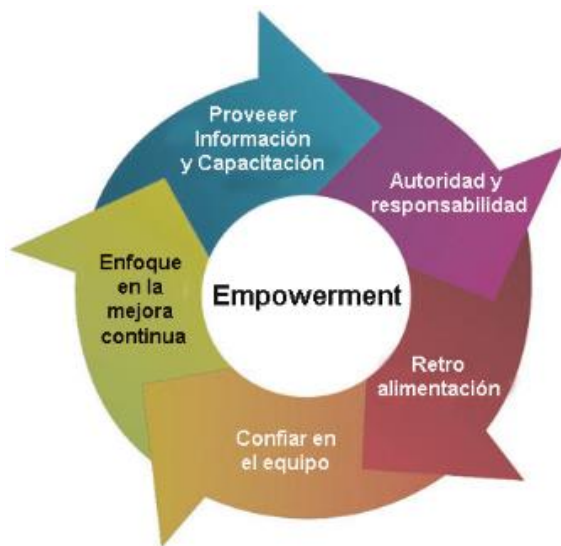


Figura 1.6 Empoderamiento. Imagen que muestra la retroalimentación del empoderamiento. Tomado <https://sites.google.com/site/claseadmondeproyectos/administracion/empowerment>

El modelo Socio-Histórico tiene como base la perspectiva evolutiva de Vygotsky, señala que un comportamiento sólo puede ser entendido si se estudian sus fases, su cambio, es decir; su historia (Carrera & Mazzarella, 2001). Introduce cinco

variables fundamentales para el análisis del objeto en estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo (Lucci, 2007).

Para este modelo es importante la historia del sujeto, donde la enfermedad no es un hecho aislado como el modelo médico-hegemónico, es decir, que toma en cuenta factores que rodean al sujeto para determinar que le afecta y no tenga salud.

Además de los modelos antes mencionados hay dos enfoques: Promoción de la Salud de Mercado, ve a la salud como una mercancía, donde es algo que no se tiene y se tiene que adquirir y es un objetivo a alcanzar. El problema de la salud es cualquier infección mínima que ha dado lugar y énfasis en el modelo Médico-Hegemónico, el sujeto es el consumidor manejable, manipulable y voluble. Se habla de estereotipos y la salud se asocia con la belleza. Quien maneja estas teorías son las empresas farmacéuticas, deportes y medios de comunicación.

Promoción de la salud Oficial, ve a la salud como ausencia de enfermedad. El problema de salud es el mal funcionamiento biológico y psicológico, el sujeto debe no tener conductas de riesgo irresponsables para estar saludable, tiene una autonomía restringida, el médico es el que sabe enfocándose al modelo estilos de vida y médico-hegemónico. Se habla de prevención de enfermedades, medicar para curar, campañas para modificar conductas. Quien maneja estas posturas son las instituciones gubernamentales, Secretaria de Salud, los médicos y enfermeras.

Todos estos modelos y enfoques llevan al mismo objetivo, que el sujeto este saludable o no enfermo, buscando que todos los modelos se conjuguen, ya que es difícil seguir una línea, es así, como el sujeto puede tomar decisiones para su salud.

CAPÍTULO II Obesidad, Síndrome Metabólico y más...

Este <segundo> capítulo hablara de la parte fisiología y anatómica de la obesidad y sobrepeso, así como su definición y la correlación con otras enfermedades como: síndrome metabólico, diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Arteriosclerosis y otras, para ver que como afecta esta enfermedad el cuerpo humano y que no es un problema aislado, sino que trae más consecuencias con ella. Además, se tocarán lo factores de riesgo y factores protectores.

Obesidad

Durante tiempo atrás la desnutrición constituyó un problema de salud pública; en la actualidad, la obesidad es una enfermedad mundial, situando estos dos problemas en lo extremo de un adecuado estado nutricional; generando programas y políticas públicas en cada país donde se presenta esta enfermedad.

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial y se caracteriza por la acumulación excesiva de tejido adiposo, y como un factor que contribuye a enfermedades asociadas (González Barranco, Gomez Santos, & Chavarría Arciniega, 2004). Estas enfermedades son las “enfermedades crónico-degenerativas” como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias y cardiovasculares. La explicación inicial del desarrollo es que se origina de un balance positivo de energía que se deriva del incremento en la ingestión y el decremento en el gasto energético (González Barranco, Gomez Santos, & Chavarría Arciniega, 2004). Es decir, al aumentar la ingesta de alimentos y no utilizar todos, el cuerpo es capaz de almacenar lo sobrante por lo que este se acumula en los brazos, piernas y abdomen principalmente en forma de grasa.

Existen varias teorías que intentan explicar los mecanismos relacionados con su desarrollo, algunas se basan en la resistencia a la insulina como principal efector, mientras que otras teorías ubican al adipocito como órgano endocrino disfuncional; el conocimiento actual permite observar la interacción de varios factores metabólicos, celulares y moleculares (Islas Andrade & Revilla Monsalve, 2010), además de factores ambientales, sociales, culturales y epigenéticos.

El tejido adiposo secreta varias moléculas bioactivas llamadas adipositoquinas o adipocinas, que provienen principalmente del tejido adiposo blanco y tiene un papel primordial en la homeostasis de varios procesos fisiológicos. Entre sus funciones está el depósito de energía como triacilglicerido, secreción de células endocrinas como producción de sustancias hormonales y no hormonales. Los adipocitos son células redondeadas que contienen una vacuola lipídica que representa el 95% de su peso celular y que desplaza al resto de las organelas hacia la periferia. Son células encargadas de sintetizar ácidos grasos y almacenarlos en forma de triglicéridos durante periodos de abundancia energética.

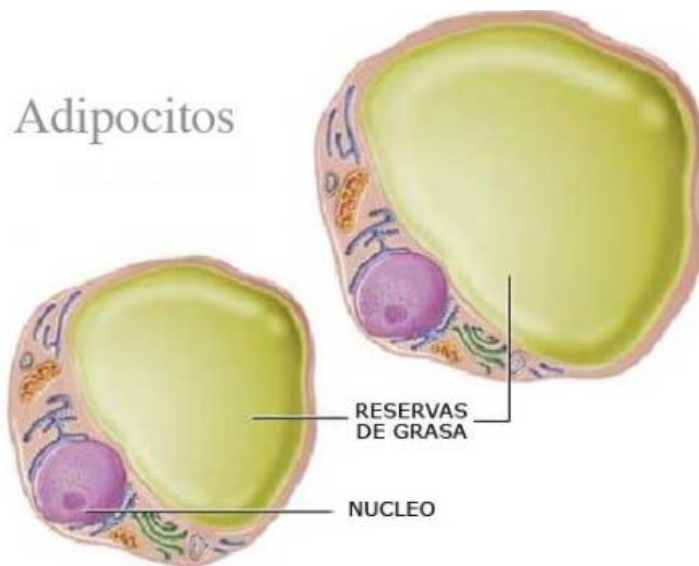


Figura II.1 Adipocitos. Donde muestra su estructura y la capacidad de reservorio.
Tomada de <http://www.pinterest.com/pin/406520303838833620/>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que es el problema de salud más grande de lo reconocido que enfrenta la sociedad actual. En México se ha incrementado dramáticamente la prevalencia de sobrepeso y obesidad, por lo que la define como: “...una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud... Una persona con un IMC igual o superior a 30 kg/m² es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 kg/m² es considerada con sobrepeso.” (OMS, 2015)

Los instrumentos de medición que se utilizan son: el Índice de Masa Corporal (IMC) donde el peso de una persona, dividirlo por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²), obteniendo un número que expresará el grado de nutrición de la persona.

Tabla II.1 Clasificación Internacional de la OMS para el estado nutricional, de acuerdo al IMC		
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18.50	<18.50
Normal	18.50 – 24.99	18.50 – 22.99
		23.00 – 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00	≥ 25.00
Preobeso	25.00 – 29.99	25.00 – 27.49
		27.50 – 29.99
Obeso	≥ 30.00	≥ 30.00

Tabla II.1 Clasificación Internacional de la OMS para el estado nutricional, de acuerdo al IMC. Donde muestra los parámetros de del IMC

Tomada de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

Otro instrumento de medición es dado por el Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol-Tratamiento para Adultos Panel III, (*NCEP-ATP III* por sus siglas en Ingles) con la medición de la circunferencia cintura: >102 cm para hombres y >88 cm para mujeres.

Estos instrumentos de medición diagnostican el grado de obesidad y la distribución de la grasa corporal. Utilizando a las formas de manzana y pera, para hacer más entendibles a los tipos de obesidad: Androide y Ginecoide. Esto es, que, la obesidad androide o forma de manzana se utiliza para describir la grasa depositada en abdomen y cintura, por lo regular se da en hombres con la típica barriga de cervecero o rosquita. La obesidad ginecoide o forma de pera se da para describir la acumulación de grasa en caderas y muslos, característica de las mujeres.

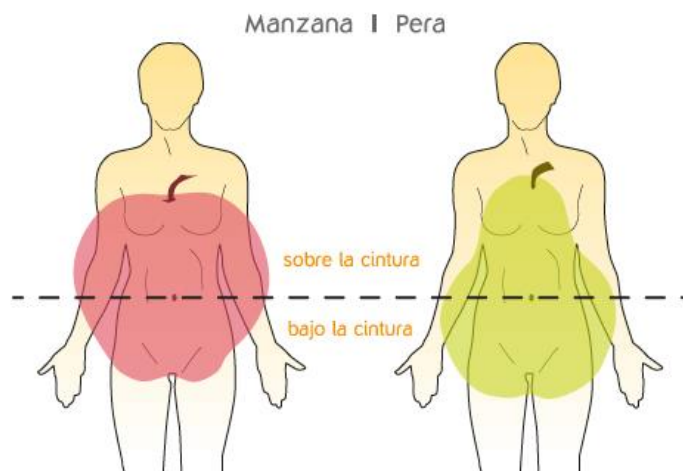


Figura II.2 Formas de Obesidad. Donde muestra las formas de Manzana y Pera
Tomada de: metropolirosa.com/index.php/2018/03/19/salud-con-forma-de-peras-y-manzanas/

En ambos tipos de obesidad hay riesgos para la salud, pero se ha comprobado que la obesidad androide o forma de manzana presenta más complicaciones en enfermedades crónico-degenerativas.

Factores de Riesgo:

Además de los numerosos factores de riesgo biológicos hay otros de carácter social que contribuyen a la enfermedad, entre ellos: el entorno con los hábitos alimentarios de los amigos, alimentos disponibles en el hogar y comercios locales, la posibilidad de desplazarse durante el trabajo; la predisposición genética en almacenar grasa,

umbral elevado de saciedad, y poseer un mayor número de papilas gustativas; los factores socioeconómicos, que hace más barata la comida chatarra y eleva el precio de los productos frescos; la publicidad de las compañías de tendencia alimentaria de influir en nuestros estilos de vida.

Un factor de gran importancia es “la epigenética”; factores genéticos que son determinados por el ambiente celular en lugar de la herencia, pero que de igual forma intervienen en la regulación heredable de la expresión génica sin cambio en la secuencia de nucleótidos; se puede decir, que la epigenética es el conjunto de reacciones químicas y demás procesos que modifican la actividad del ADN, pero sin alterar su secuencia. El término fue acuñado entre 1937 y 1942 por Conrad Hal Waddington, para referirse a las interacciones causales entre genes y sus productos que dan lugar al fenotipo (Moreles & Marti, 2014) y que todos nuestros tejidos presentan los mismos 30,000 genes, pero debido al código epigenético solo unos pocos se expresan en un determinado tejido, en un determinado momento y dan lugar al fenotipo.

El ADN está molecularmente constituido por nucleótidos que, a su vez está formado por un azúcar, una base nitrogenada y un fosfato. Es precisamente la base nitrogenada la que distingue a un nucleótido de otro. Y para ser funcionales deben someterse al proceso de transcripción por el que son copiados fielmente a otra molécula con una naturaleza química similar. El principal proceso químico es la “Metilación del ADN” que consiste en la incorporación de un grupo metilo en el carbono 5 de la citosina, generando la 5-metilcitosina (mC) (Fernández Gianotti & José Pirola, 2014).

Las modificaciones epigenéticas participan en la regulación de la expresión de genes y son relevantes en la salud del individuo adulto desde su concepción y descendencia. Estas modificaciones vinculan nuestra información genética con el medio ambiente, hábitos alimentarios y de estilo de vida. (Fernández Gianotti & José Pirola, 2014).

Teorías & Dietas:

La recompensa de lograr un cuerpo más delgado y sano nos ayuda a mantener nuestro propósito de tener una vida saludable. A medida que adelgazamos, nuestro

apetito va creciendo, nos volvemos más ansiosos y nos cuesta más trabajo hacer ejercicio (Freedman, 2011). Por lo que a largo plazo nos cuesta mantener un cambio de hábito saludable, generando el rebote (término que se usa para decir que se ganó más peso del que se tenía, después de una dieta especial) y hacer más difícil la decisión de bajar de peso sin ayuda de especialistas.

Para luchar contra la obesidad, los analistas de la conducta investigan y proponen teorías, que describen el modo más eficaz de perder peso y evitar recuperarlo, uno de ellos es la asociación de la dieta y el ejercicio a la modificación de conductas, llamado “enfoque conductista” que se basa en modificar pequeños y constantes cambios de alimentación y ejercicio físico, que son fomentados por individuos y el entorno que nos rodea.

Las investigaciones sobre la obesidad y las dietas centradas en la conducta reconocieron algunas actitudes básicas que parecían favorecer la pérdida de peso, son: medir y anotar escrupulosamente las calorías, hacer ejercicio y pesarse, conseguir cambios modestos y graduales, seguir una dieta equilibrada, marcarse objetivos claros a mediano y largo plazo, acudir con especialistas que den seguimiento en mantener la dieta y los cambios de conducta.

Hay otra teoría llamada “Dieta de los Puntos”, que consiste en crear grupos de apoyo para personas sometidas a tratamiento de pérdida de peso, la cual introdujo otras formas de asesoramiento descritas en el enfoque conductista, es decir, que está se creó para el apoyo emocional y psicológico de los individuos sometidos al tratamiento, para poder dar más alternativas de lograr el cambio de conducta (Freedman, 2011).

No obstante, la dieta de los puntos y otros programas del mercado, se quedan cortos en el número de técnicas conductuales que incluyen su adaptación a las necesidades individuales, esto a que no pueden proporcionar recomendaciones personalizadas, para solucionar problemas concretos o evaluar los factores ambientales de vivienda, lugar de trabajo y redes sociales.

Síndrome Metabólico

El síndrome metabólico fue descrito por primera vez en 1923 por el médico suizo Kylin, quien hizo referencia a la relación entre hipertensión, hiperglucemia y gota.

Es hasta 1988 cuando Gerald Reaven comentó la importancia clínica de lo que llamó “Síndrome X”, bajo el cual describió la asociación entre resistencia a la insulina, hiperglucemia, hipertensión, niveles bajos de HDL (colesterol de alta densidad o bueno), niveles incrementados de LDL (colesterol de baja densidad o malo) y triglicéridos (Islas Andrade & Revilla Monsalve, 2010). Se traduce clínicamente en el conjunto de varias enfermedades crónico-degenerativas que son: diabetes mellitus tipo II, obesidad central, dislipidemias e hipertensión arterial; se conforma por múltiples factores de riesgo con un origen común, determinado por alteraciones metabólicas, inflamatorias y protrombóticas, que en conjunto conllevan a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas.

Después de la primera definición oficial dada por la OMS en 1999, siguió en desarrollo la investigación y con ello definiciones alternativas, las más aceptadas han sido las elaboradas por Grupo Europeo para el Estudio de la Resistencia a la Insulina (EGIR por sus siglas en Ingles), aunque la definición de NCEP-ATP III, ha alcanzado una popularidad por la sencillez (Zimmet, MM Alberti, & Serrano Ríos, 2005).

Tabla II.2 Definiciones del Síndrome Metabólico		
OMS, 1999	EGIR, 1999	ATP-III, 2001
<p>Diabetes o alteración de la tolerancia a la glucosa o resistencia a la insulina.</p> <p>Mas dos o más de los factores siguientes:</p> <p>1.- <i>Obesidad</i>: IMC>30 CCC>0.90 en varones >0.85 en mujeres</p> <p>2.- <i>Dislipidemia</i>: triglicéridos>1.7 mmol/l cHDL<0.9 en varones <1.0 en mujeres</p> <p>3.-<i>Hipertensión</i>: presión arterial ≥140/90 mmHg o tratamiento medicamentoso</p> <p>4.- <i>Microalbuminuria</i>: excreción de albúmina ≥ 20µg/min</p>	<p>Resistencia a la insulina o hiperinsulinemia (personas no diabéticas)</p> <p>Mas dos o más de los factores siguientes:</p> <p>1.- <i>Obesidad central</i>: PC≥94cm en varones ≥80 en mujeres</p> <p>2.- <i>Dislipidemia</i>: triglicéridos>2.0 mmol/l cHDL<1.0</p> <p>3.-<i>Hipertensión</i>: presión arterial ≥140/90 mmHg o tratamiento medicamentoso</p> <p>4.- <i>Glucemia en ayunas</i>: ≥6.1mmol/l</p>	<p>Tres o más de los factores siguientes:</p> <p>1.- <i>Obesidad central</i>: PC≥102cm en varones ≥88 en mujeres</p> <p>2.- <i>Hipertrigliceridemia</i>: triglicéridos ≥1.7mmol/l</p> <p>3.- <i>Disminución del cHDL</i>: <1.0mmol/l en varones <1.3mmol/l en mujeres</p> <p>4.- <i>Hipertensión</i>: presión arterial ≥130/85 mmHg o tratamiento medicamentoso</p> <p>5.- <i>Glucemia en ayunas</i>: ≥6.1mmol/l</p>
<p>OMS: organización mundial de la salud; EGIR: European Group for the Study of Insulin Resistance; ATP-III: Adult Treatment Panel III; IMC: Índice de Masa Corporal; CCC: cociente entre el perímetro de la cintura y el perímetro de la cadera; PC: Perímetro de la Cintura; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.</p>		

Tabla II.2 Definiciones del Síndrome Metabólico. Donde muestra los parametros para determinar el Síndrome Metabolico

Tomada de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

Las definiciones han presentado diferencias tanto en los componentes como en los valores utilizados para definir cada uno. Por ello el Grupo Mexicano para el Estudio del Síndrome Metabólico y Resistencia a la insulina, recomienda la utilización de la definición de la Federación Internacional de Diabetes, (IDF por sus siglas en Ingles) ya que aporta criterios para compensar las diferencias en el perímetro de cintura y la distribución del tejido adiposo entre los distintos grupos de población.

Cada organización tiene sus propios criterios, los cuales no muestran diferencias notables buscando así homogenizar la definición y los criterios de síndrome metabólico; es por ello que este escrito utilizará los criterios de NCEP-ATP III, ya que tiene más criterios a utilizar.

Tabla II.3 Definición de síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes

Obesidad central (condición indispensable): si el IMC es >30
Mas dos cualquiera de los factores siguientes:

Aumento de los triglicéridos: ≥ 1.7 mmol/l (150 mg/dl)

Disminución del cHDL: <1.03 mmol/l (40 mg/dl) en varones
<1.29 mmol/l (50 mg/dl) en mujeres

Aumento de la presión arterial: sistólica: ≥ 130 mmHg
diastólica ≥ 85 mmHg
o tratamiento medicamentoso

Incremento de la glucemia: glucemia en ayunas ≥ 5.6 mmol/l (100 mg/dl)
Diabetes tipo 2 diagnosticada previamente

IMC: Índice de Masa Corporal; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

Tabla II.3 Definiciones del Síndrome Metabólico. Donde muestra los parametros para determinar el Síndrome Metabólico por la Federación Internacional de Diabetes
Tomada de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

Factores de Riesgo:

Manifestar síndrome metabólico puede ser multifactorial, por ello es importante hablar de factores de riesgo, por lo que hoy en día existen tratamientos integrales y la mayoría de estos coinciden para diferentes enfermedades.

Hay factores de riesgo modificable y no modificable. Entre los primeros están: las Dislipidemias (colesterol LDL y triglicéridos elevados), hipertensión arterial, obesidad visceral, proteinuria (proteínas en la orina). Los no modificables son: la edad, la herencia genética, sexo; es decir, aquellos que están desde el nacimiento. Otros son considerados factores ambientales modificables, ya que nuestra forma de vida nos lleva a tener contacto con el mundo exterior y son de gran importancia por su reciprocidad de causas y efectos, entre ellos están: la alimentación, la obesidad, el sedentarismo, el envejecimiento prematuro, el nivel socioeconómico, la migración, el tabaquismo, el alcoholismo, los epigenéticos.

Otro importante factor de riesgo modificable es el estrés personal, el cual el organismo tiene respuestas hormonales, metabólicas, inmunológicas, neurológicas, psicológicas y hemodinámicas. Además, se produce inhibición de secreción aguda de insulina y en consecuencia intolerancia a la glucosa e hiperglucemia, su mecanismo de esta última es la disminución en la sensibilidad en la secreción de

insulina. Provocando que surja la diabetes mellitus tipo 2, que al no ser tratable desencadene otras enfermedades para así llegar al síndrome metabólico.

Un punto considerable en los factores de riesgo es la transición demográfica, que señala que las enfermedades infectocontagiosas están disminuyendo y las crónico-degenerativo aumentando. Una de las causas es la migración, con incremento notable en áreas urbanas y disminución en zonas rurales, esto es que los campesinos se van a las ciudades en busca de “mejor vida”, haciendo que cambien la comida más natural con abundante fibra vegetal y trabajo físico, por comidas más grasosas, inactividad física, estrés y humillaciones (Costero, 2004).

Diabetes Mellitus II

La enorme diversidad de anomalías causadas por la deficiencia de insulina ha recibido el nombre de “Diabetes Mellitus”. Enfermedad hereditaria o adquirida de evolución crónica, conocida desde el tiempo de los egipcios, quienes la mencionan en el papiro de Ebers (tratado médico más antiguo). El griego Areteus de Cappadocia le dio el nombre de “Diabetes” que significa “sifón” y refiere que la pérdida de agua es mayor al líquido que se consume. Para el Siglo VI en la india se reconoce la dulzura de la orina, por lo que se le da el adjetivo de “Mellitus” que significa “miel”.

Actualmente hay tres tipos principales de diabetes mellitus:

- 1) Los que requieren insulina o de tipo I, consecuencia de la deficiencia de dicha hormona, causada por la respuesta inmunitaria de las células β de los islotes pancreáticos.
- 2) Los que no requieren insulina o tipo II, se caracteriza por la desregulación de la liberación de insulina por parte de las células β , junto con resistencia a dicha hormona en tejidos periféricos, como el musculo de fibra estriada, el cerebro o hígado; haciendo que haya una mayor liberación de glucosa en sangre, esta modalidad puede afectar a sujetos con sobrepeso u obesidad.
- 3) Diabetes Gestacional la cual aparece en el embarazo y desaparece después del parto.

Cuando los tejidos no responden adecuadamente a la insulina, se dice que, existe una 'resistencia a la insulina', es decir, a pesar de haber suficiente insulina circulante no es suficiente para los requerimientos fisiológicos de las células, existiendo una inanición celular. La combinación de la resistencia de la insulina y la hiperinsulinemia predispone a la persona a desarrollar un exceso de triglicéridos y de lipoproteínas de baja densidad, hipertensión arterial y enfermedades coronarias.

Los síntomas principales de esta enfermedad se resumen en: Polidipsia, que se desecha más líquido del que se consume ocasionando la sed. Poliuria, la recurrencia a orinar. Polifagia, sensación incontrolable de hambre. Los factores de riesgo son: sobrepeso y obesidad, historia familiar de diabetes, preeclampsia, infecciones recurrentes, además de una dieta inadecuada, rica en carbohidratos y Lípidos.

Fisiología:

Las neuronas sensoriales de glucosa se encuentran por todo el bulbo raquídeo y especialmente en el hipotálamo, haciendo que el cerebro no solo sea una víctima del descenso de la glucosa en plasma, también es el coordinador de la respuesta protectora normal.

La respuesta comienza por enviar un mensaje al páncreas para detener la producción de insulina y aumentar la secreción de glucagón. El cambio de la proporción insulina-glucagón en la sangre que sale del páncreas y que va al hígado inicia inmediatamente la producción de glucosa en células hepáticas, evitando que siga avanzando la hipoglucemia. En el caso de las personas con diabetes, la hipoglucemia es un problema demasiado frecuente.

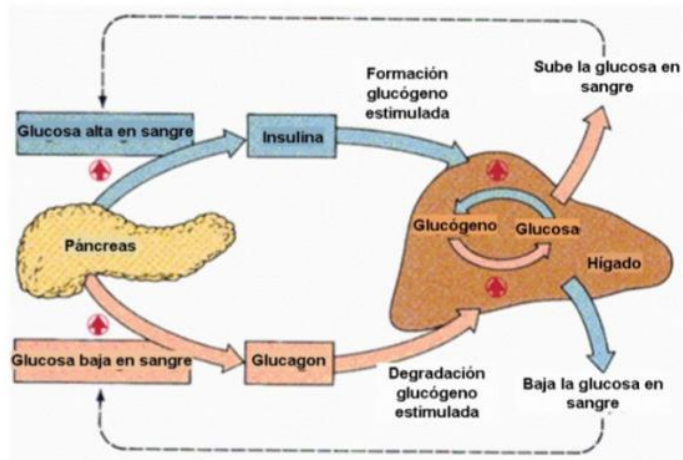


Figura II.3 Fisiología de Diabetes. Donde muestra las interrelaciones metabólicas entre tejidos.
Tomada de: <https://www.slideshare.net/DJfigue/diabetes-mellitus-canina>

Las complicaciones son variables, pero fundamentalmente son lesiones vasculares a nivel de distintos territorios orgánicos; por tanto, aparece alteraciones en el sistema nervioso central y sensorial, el umbral de dolor se reduce. Cuando se ha manifestado por largo tiempo aparecen las enfermedades: 1) *microvasculares*, siendo, la retinopatía diabética (cicatrices proliferativas de la retina que culmina con la ceguera), nefropatía diabética (afectación de riñones cuya fase final es la insuficiencia renal). 2) *microvasculares*, las alteraciones son provenientes del aterosclerosis acelerada que es consecuencia del incremento del valor en sangre de las Lipoproteínas, desencadenándose hipertensión arterial mientras hay menor vasodilatación y aumento de los cambios vasculares periféricos. Se desencadena hipertensión arterial mientras hay menor vasodilatación y aumento de los cambios vasculares periféricos.

En la encuesta nacional de enfermedades crónicas realizada por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, indica que la prevalencia nacional de diabetes tipo II para la población mexicana es de 6.7%, entre personas de 60 a 69 años de edad. En la población menor a 45 años se encontró un 36%.

Para la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, se encontró que la prevalencia de Diabetes pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, reportándose mayores valores en mujeres (10.3%) que en los hombres (8.4%). El uso de insulina como tratamiento aumento de 6.5% en 2012 a 11.1% en 2016 y las complicaciones reportadas por los adultos diabéticos fueron: visión disminuida (54.5%), daño en la

retina (11.2%), pérdida de la vista (9.9%) y úlceras (9.1%) en una de cada 10 personas diagnosticadas (OMENT, 2016).

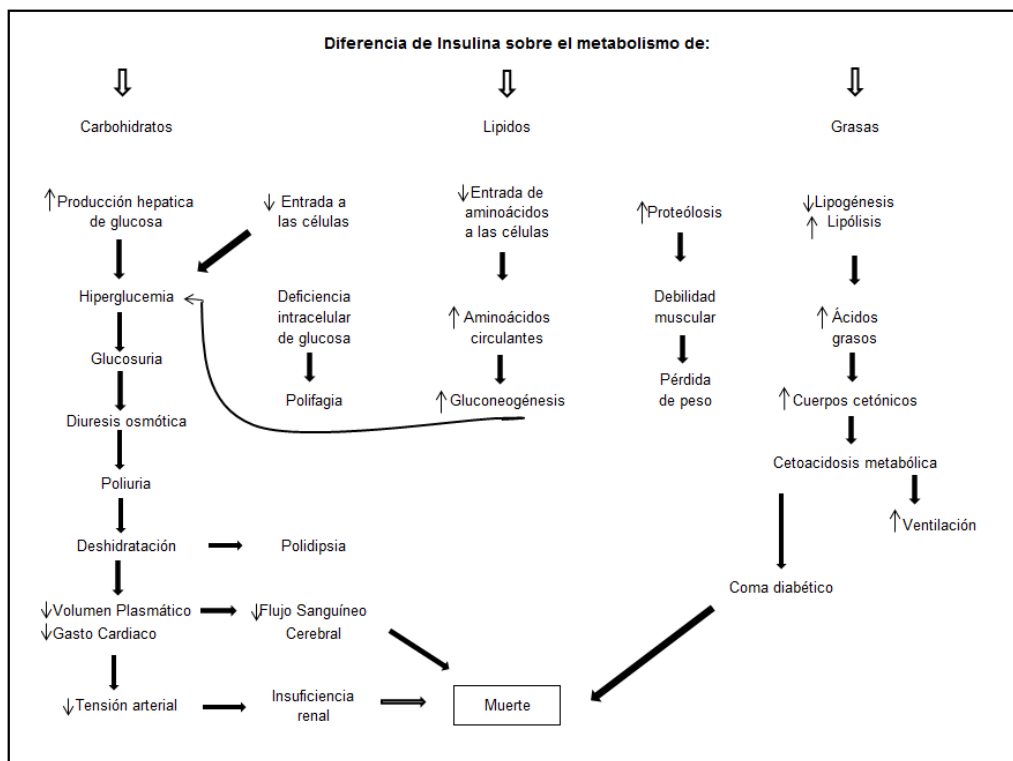


Figura II.4 Deficiencia de insulina sobre el metabolismo. Donde muestra la fisiología de la Diabetes Mellitus.

Tomada de: Fisiología Medica, Pág. 651.

Dislipidemia

Las dislipidemias son trastornos de lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (Miguel Soca, 2009). Las Dislipidemias aumentan el riesgo de aterosclerosis porque favorecen el depósito de lípidos en las paredes arteriales.

Los lípidos son insolubles en el plasma sanguíneo, por lo que circulan en la sangre unida a proteínas en forma de lipoproteínas y la densidad de estas se debe a la proporción relativa de lípidos y proteínas.

Las lipoproteínas más ricas en lípidos son los quilomicrones o las de alta densidad (HDL); los lípidos de la dieta, son digeridos en el tracto gastrointestinal por acción de enzimas como las lipasas y sales biliares; absorbidos por la mucosa del intestino delgado que origina los quilomicrones que pasan a la circulación linfática y son las lipoproteínas responsables de transportar en la sangre los Triglicéridos (TG) de

origen exógeno o dietético. Mientras que la lipoproteína de muy baja densidad o (VLDL) transporta los TG sintetizados en el hígado o de origen endógeno.

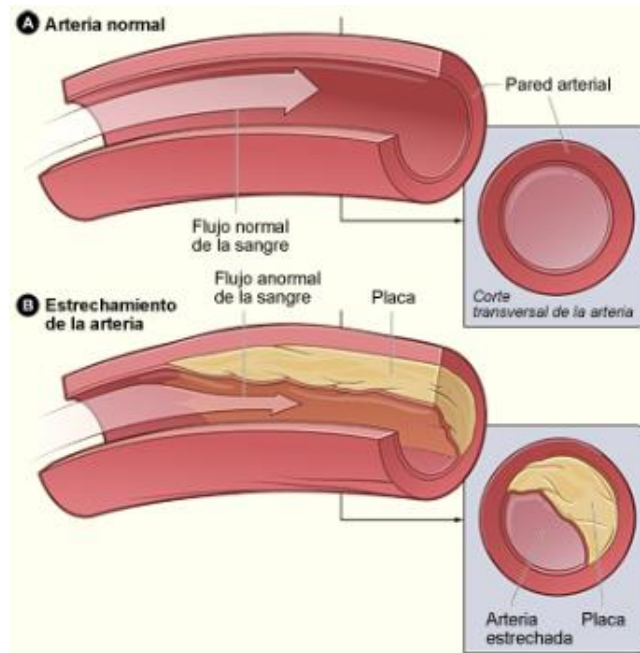


Figura II.5 Arterias. Donde muestra la diferencia de una arteria sana y una enferma .
Tomada de: <https://lacienciaesdetodos.wordpress.com/tag/placa-ateromatosa/>

Los TG son degradados en los tejidos por una enzima (Lipasa de lipoproteína LLP) que se encuentra adosada a la superficie interna de los vasos sanguíneos o endotelio. El glicerol y los AG liberados por la acción de la LLP son captados por tejidos como el tejido adiposo y muscular que los almacenan o utilizan para obtener energía. (Sánchez Barrera, Munguía Miranda, & Hernández Saavedra, 2008)

Las LDL se encargan de transportar el colesterol hacia los diferentes tejidos, que lo emplean en la síntesis de hormonas esteroideas, vitamina D, y sales biliares. El aumento de las LDL provoca un aumento del colesterol y eleva considerablemente el riesgo de aterosclerosis. También Intervienen en el transporte inverso del colesterol desde los tejidos y las paredes arteriales hasta el hígado, por lo que se excretan por la bilis del intestino.

Las dislipidemias se tratan en primera instancia por cambios en los estilos de vida. Aunque existen distintos puntos de vista ya que se comenta, deben consumirse frutas y vegetales frescos, que son ricos en nutrientes como vitaminas, minerales y fibra dietética que comprende la parte de los carbohidratos que no se absorben (Miguel Soca, 2009). Otra opinión es hacer un cambio en el sedentarismo para

hacer un incremento de actividad física, que aumenta el gasto de energía por tanto reduce el peso corporal y se disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Por ello no es un problema aislado, como comento al principio del párrafo, es hacer un cambio en el estilo de vida, que conlleva tanto a comer de forma más saludables, aumento en la actividad Física, y dejar hábitos como el fumar.

Hipertensión Arterial

Para hablar de hipertensión arterial es necesario mencionar la presión arterial ya que de ello se deriva la enfermedad que pertenece a las enfermedades crónico-degenerativas y forma parte del Síndrome Metabólico. La presión arterial se define como la fuerza por unidad de área ejercida por la sangre sobre la pared de las arterias. Su unidad de medida es el milímetro de mercurio (mm Hg) ya que los aparatos para medir la presión arterial tenían una columna de mercurio para que fuesen más pequeños.

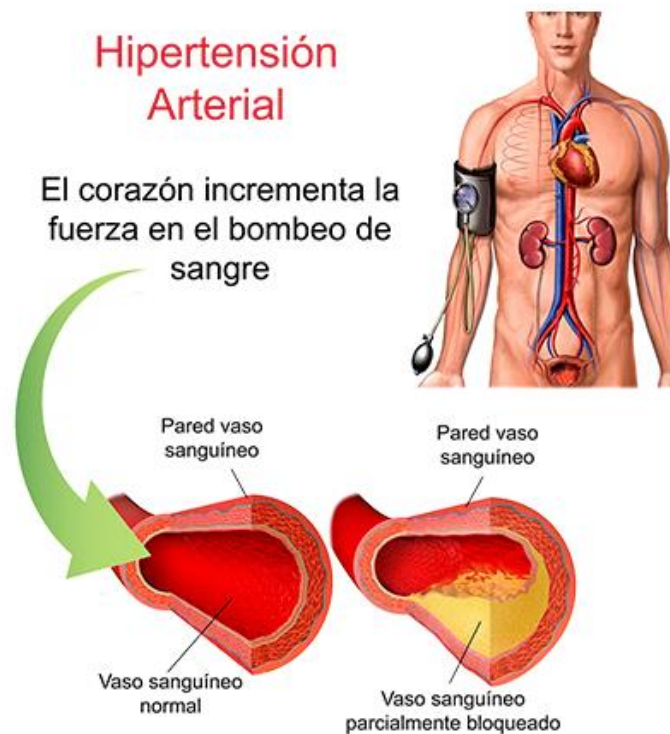


Figura II.6 Presión Arterial. Donde muestra la Hipertensión Arterial.
Tomada de: <http://funcentra.org/hipertension.html>

Las arterias están formadas por tres capas concéntricas de tejido, con características funcionales diferentes, si se observa la pared de una arteria en un

corte transversal, desde el interior del vaso hacia afuera, se distingue primero una capa de células endoteliales, que al estar en contacto inmediato con la sangre circulante, recibe el nombre de *intima*; a esta capa de endotelio sigue otra de células musculares lisas, dispuestas en forma espiral, que varía de grosor, proporcionalmente al diámetro del vaso. La capa muscular o *media* es la que modifica el calibre, por lo que es la responsable directa del control de la presión arterial. Por fuera de esta última, y recubriendo la parte exterior de las arterias se encuentra otra capa de tejido conectivo o *adventicia*, que forma una coraza protectora.

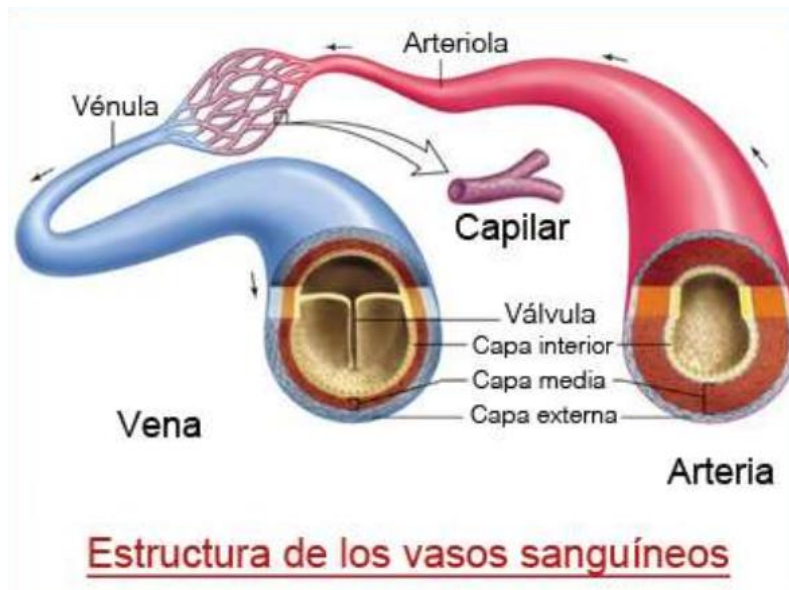


Figura II.7 Vena y Arteria. Donde muestra estructura de los vasos sanguíneos.
Tomada de: <https://www.cebanatural.com/conservar-mantener-los-vasos-sanguineos-buenas-condiciones-blog-199.html>

La presión arterial depende del gasto cardíaco que es la cantidad de sangre bombeada por el corazón en un minuto y de la resistencia que oponen las arterias al paso de la sangre (resistencia vascular). Además, es una variable continua, como el peso corporal o la estatura; es decir que puede adquirir cualquier valor dentro de un intervalo numérico. Para fines prácticos se expresa mediante dos cifras diferentes: diastólica o mínima y sistólica o máxima. La presión diastólica corresponde al momento de la diástole o relajación del corazón, varía de 60 a 89 mm Hg; la presión sistólica corresponde al momento de la sístole o contracción del corazón y oscila de 100 a 129 mm Hg. La presión arterial aumenta durante las

emociones intensas, el esfuerzo físico, la digestión, el incremento de la edad y otras situaciones, mientras que en el sueño suele disminuir.

La OMS define la hipertensión arterial como las cifras iguales o superiores a 90 mm Hg de presión diastólica, y 140 mm Hg de presión sistólica, ambas registradas en reposo (OMS, 2015)

Estas cifras varían de la definición que da ATP-III que oscilan en 85 mm Hg de presión diastólica y 130 mm Hg en presión sistólica. Y uno de los casos es por la antigüedad del estudio.

En Estados Unidos se reúne periódicamente el Comité Nacional Conjunto (CNC), constituido por un grupo grande de expertos en hipertensión arterial. Este comité discute y sugiere las medidas de prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión. El 24 de noviembre de 1997 se dieron a conocer los resultados de la sexta reunión, donde se hizo la clasificación de hipertensión basándose en la asociación de las cifras de la presión arterial con la probabilidad de las complicaciones; surgiendo la siguiente tabla:

Tabla II.4 Clasificación de la hipertensión arterial según el VI reporte del Comité Nacional Conjunto		
<i>Categoría</i>	<i>Presión arterial sistólica (mm Hg)</i>	<i>Presión arterial diastólica (mm Hg)</i>
<i>Optima*</i>	<i>< 120</i>	<i>< 80</i>
<i>Normal</i>	<i>< 130</i>	<i>< 80</i>
<i>Normal alta</i>	<i>130 a 139</i>	<i>85 a 85</i>
<i>Hipertensión**</i>		
<i>Etapa I</i>	<i>140 a 159</i>	<i>90 a 99</i>
<i>Etapa II</i>	<i>160 a 179</i>	<i>100 a 109</i>
<i>Etapa III</i>	<i>≥ 180</i>	<i>≥ 110</i>

*Se prefiere que en personas normales este por debajo de 120/80, pero en pacientes con isquemias cardíaca o cerebral se debe mantener en estas cifras o ligeramente por encima de ellas.
 **Promedio de dos lecturas tomadas en días diferentes

Tabla II.4 Clasificación de la Hipertensión Arterial. Donde muestra los parametros para determinar la Hipeertención Arterial en el ser humano
 Tomada de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

El sistema nervioso autónomo o involuntario también está involucrado, ya que está distribuido por todo el organismo y regula las funciones autónomas o involuntarias como las que ocurren sin el control de la conciencia (contracción y dilatación de los vasos sanguíneos, latidos cardiacos, respiración, movimientos gastrointestinales,

etc.). Se descubrió que la *acetilcolina*, hormona permite se transmitan los impulsos en los nervios de una de las dos divisiones del sistema nervioso autónomo: la *parasimpática*; que no solo inhibe la frecuencia cardiaca sino que produce, además, vasodilatación de las arterias de resistencia y por tanto baja la presión arterial; la otra división, la *simpática*, por estudios se demostró que los extractos de la glándula suprarrenal provocan los mismos efectos de la estimulación eléctrica de los nervios simpáticos, liberando una sustancia, la *adrenalina* que al liberarse acelera la frecuencia cardiaca y causa vasoconstricción, seguida del aumento de la presión arterial. Es decir, los nervios simpáticos liberan adrenalina y noradrenalina, mientras que los parasimpáticos, acetilcolina.

La hipertensión arterial no controlada por tratamiento se asocia con relativa frecuencia a otras alteraciones del sistema cardiovascular, que a su vez dan lugar a diversas enfermedades. Además, afecta todos los componentes del sistema cardiovascular y de esta forma puede ocasionar trastornos en cada uno de los órganos. Sin embargo, en raras ocasiones es posible demostrar una relación directa causa-efecto entre la hipertensión y otra enfermedad; en la mayoría hay una causa común a ambos padecimientos. En el caso de la hipertensión esta causa común suele ser la arterosclerosis.

En aproximadamente ocho de cada diez pacientes la hipertensión arterial pasa inadvertida, por lo que muchos hipertensos desconocen que tiene la presión alta y su hallazgo se da durante un examen médico. Aunque el dolor de cabeza es el síntoma más referido por los pacientes. En cambio, hay síntomas de importancia que afectan un órgano blanco o diana de tal modo que pone en peligro la vida; como un accidente trombótico o hemorrágico cerebral manifestado por un fuerte dolor de cabeza, pérdida brusca de la conciencia o una parálisis de una porción del cuerpo; dolor u opresión torácica con sensación de falta de aire que puede ser infarto cardiaco; por retención urinaria o inflamación de las extremidades (insuficiencia renal). En caso de presentar un síntoma atribuible a la afección del órgano diana, que en este caso será el cerebro, el corazón o los riñones; el hipertenso debe acudir rápidamente al servicio de urgencias.

La hipertensión arterial también puede ser la manifestación de una enfermedad, como la fiebre de una infección. Aunque muchas veces los pacientes no logran

identificar otra enfermedad que origine la hipertensión. Pueden ser enfermedades del riñón o trastornos endocrinológicos o tumores hipersecretorios de sustancias con la capacidad de aumentar la presión arterial.

La mortalidad por hipertensión arterial es un poco mayor en mujeres; lo mismo ocurre con la enfermedad cerebrovascular que está estrechamente asociada a la morbilidad y mortalidad por hipertensión. Normalmente en el embarazo se tiende a reducir la presión arterial por lo que una cifra de 140/90 mm Hg o superior requiere atención y cuidados médicos a través de dieta y reposo. Comienza a manifestarse en la semana 20 del mismo, y suele acompañarse de otros signos como inflamación, sobre todo en las extremidades inferiores, así como el aumento de la excreción de proteínas en orina. A todo esto, suele llamársele preeclampsia.

Arterioesclerosis y Ateroesclerosis

La arterioesclerosis es una enfermedad degenerativa, congénita o adquirida, generalizada, pero con manifestaciones predominantemente locales del tejido conectivo vascular; se caracteriza por esclerosis, endurecimiento o rigidez de las arterias, por el depósito de colesterol y pérdida de la elasticidad.

La ateroesclerosis es una enfermedad en la que se deposita placa dentro de las arterias. La placa está compuesta por grasas, colesterol, calcio, y otras sustancias que se encuentran en la sangre (NIH, National Heart, Lung, and Blood Institute).

Estas enfermedades son similares, pero su gran diferencia radica en que la arterioesclerosis es un endurecimiento de las arterias y la ateroesclerosis es la acumulación de placa.

Su evolución ocasiona debilitamiento de la pared arterial, dilataciones o roturas, disminución de la luz e isquemia tisular, así como alteraciones endoteliales y trombosis. Involucra especialmente a arterias musculares grandes y de capa media elástica gruesa como ocurre con la aorta y sus ramas principales, el proceso afecta a la capa íntima, producido por el depósito de lípidos en un proceso aterogénico de intensidad variable (ver imagen II.6).

Se pueden señalar varios factores de riesgo:

- 1) Factores raciales, genéticos y epigenéticos. - tendencia a colesterol y triglicéridos elevados.
- 2) Edad. - provoca el engrosamiento de la capa íntima.
- 3) Presión sanguínea. - que estimula la fibrogénesis y reduce la circulación de la red de pequeños vasos sanguíneos que abastecen a los grandes.
- 4) Disminución hormonal ligada al sexo
- 5) Reacciones inflamatorias. - el herpes virus inducen el acumulo de fosfolípidos, triglicéridos, esteres de colesterol y colesterol libre.
- 6) Rotura de fibras elásticas y sustitución por tejido fibroso inelástico
- 7) Trombosis superficial
- 8) Aumento de la cantidad normal de colesterol y lípidos, contenidos en sangre.

Las células que intervienen son las de la capa íntima o las que en determinado momento se encuentran en ella, como:

- Los elementos endoteliales. - que poseen mecanismos de actomiosina que facilitan su concentración y tienen receptores para sustancias a través de su pared, responden con hiperplasia a factores de crecimiento del suero, sintetizan membrana basal y factores de crecimiento, por tanto, tiene importancia morfológica y regional, física (presión, roce, turbulencia), química (hormonales, sustancia diversa y fármacos) y funcional. La falta de endotelio libera macrófagos a la circulación y permite la adhesión de plaquetas, ingreso de monocitos, y aumento de la permeabilidad a lipoproteínas.
- Los histiocitos. - sistema de células inmunitarias que ingiere sustancias extrañas, en un esfuerzo por proteger el cuerpo de una infección, las cuales se adhieren al endotelio, lo atraviesan, se hacen fagocíticos en la capa íntima y regresan a la circulación. Cuando el equilibrio del sistema se rompe, se depositan en la profundidad de la capa íntima, como células globosas cargadas de lípidos, contribuyendo al desarrollo de lesiones.
- Las células musculares lisas. - presentes en la capa media y migrantes hacia la capa íntima, sintetizan lípidos y captan lipoproteínas, mientras por su capacidad contráctil y relajación mantienen el tono vascular.

- Los fibroblastos. -pertenece al tejido conectivo, ya que nace y muere allí. Sintetiza fibras y mantiene la matriz extracelular del tejido. Estas células proporcionan una estructura en forma de entramado, juega un papel crucial en la curación de heridas, siendo las células más comunes del tejido conectivo.(Maldonado Saavedra, Ramírez Sánchez, García Sánchez, & Ceballos Reyes, 2012)
- Las plaquetas. - se acumulan en lesiones endoteliales y reproducen factores de crecimiento responsable de la proliferación fibromusculo elástica. Inducen uniones de LDL a las células musculares lisas y aumentan la síntesis de RNA proteico.

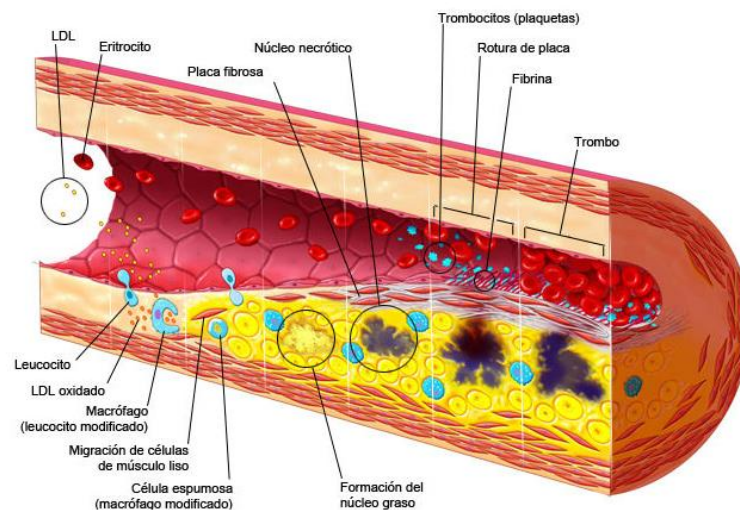


Figura II.8 Arterias. Donde muestra las células de la capa intima.
Tomada de: <https://www.farmaciegermana.com/blog/que-es-la-hipertension>

Las sustancias hormonales que participan en la arterioesclerosis se existen a tres tipos fundamentales:

- a) Glicocálix. - representado por glicoproteína, glicolípidos, polisacáridos libres, y glucosaminoglicanos; estos últimos unen lipoproteínas de baja densidad (LDL) y favorecen el depósito extracelular de lípidos.
- b) Colesterol y apoproteínas reguladoras. - la LDL o colesterol de baja densidad, principal proteína aterogénica, es sintetizada por el hígado e intestino y la más importante transportadora de colesterol en el plasma. Las lipoproteínas

de alta densidad (HDL), también formadas en el hígado, disminuyen el ingreso del colesterol LDL y aumentan el colesterol liberado por las células.

- c) Ceroide o complejo de proteínas. - asociado con lípidos oxidados. Son agentes tóxicos productores de necrosis.

Los mecanismos hormonales determinan depósitos de lípidos, formación de jabones cálcicos, y cristalización de colesterol. Los mecanismos celulares, comprenden la reacción de las células endoteliales y de la capa íntima. La asociación de ambas alteraciones conlleva a la formación del ateroma, definido como el depósito primario de lípidos en la capa íntima de los vasos arteriales sistémicos.

La oxidación de los lípidos produce moléculas tóxicas que contribuyen a la necrosis celular y tisular. La arteriosclerosis está íntimamente ligada a la hipertensión arterial, de tal forma que la magnitud de las lesiones se halla en relación directa con el grado del aumento tensional. Es común en bazo, riñones, páncreas, adrenales, hígado, aparato digestivo, cerebro, y coroides. Se ve aumentada con la edad, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Gota

Padecimiento hereditario transmitido por un gen autosómico dominante caracterizado por el depósito de ácido úrico en los tejidos. Los individuos normales cuentan con 1g de ácido úrico en el organismo como producto final del metabolismo de las purinas. Los factores de riesgo son el alcohol, la alimentación rica en proteínas, ciertos tóxicos como el plomo, la humedad y calor excesivo o frío.

Para explicar el depósito existen dos teorías contrapuestas. 1) Ciertos tejidos como el cartilaginoso tiene afinidad específica para el ácido úrico, lo cual origina la retención patológica de uratos; 2) La gota se debe a una deficiencia hereditaria en el riñón para eliminar el ácido úrico sin que haya lesión anatómica primaria.

El ácido úrico en exceso, no sólo procede del catabolismo proteico normal aumentado, sino del incremento en la síntesis del mismo a partir de aminoácidos de la ingesta. En consecuencia, hay cuatro hechos de importancia: 1) desviación de muchos aminoácidos de la ingesta hacia la síntesis de ácido úrico, 2) catabolismo

núcleo proteico exagerado, con mayor producción de ácido úrico y menor de urea, 3) predisposición de los tejidos para su acumulación en cartílagos, 4) hipoeliminación renal de ácido úrico. Estos puntos tienen sus manifestaciones en aumento del ácido úrico en la sangre y disminución excreción urinaria.



Figura II.9 Ácido Úrico . Donde muestra la acumulación de Ácido Úrico en cartilago.
Tomada de: <http://www.ciudadesanitaria.es/gota-la-artritis-mas-dolorosa-2/>

A nivel de los vasos sanguíneos, la gota lleva a arterioesclerosis, hipertensión arterial, cardiomegalia (agrandamiento anormal del corazón o hipertrofia cardiaca), esclerosis coronaria e infartos. En las articulaciones es característica la existencia de un cuadro agudo destructivo de artritis y posteriormente uno crónico o de artrosis deformante. Desde el punto de vista clínico patológico lo característico de la enfermedad son los tofos (depósitos voluminosos de ácido úrico que se desarrolla en el tejido cartilaginoso o tendones).

Esta enfermedad genera desgaste de articulaciones y dolor, impidiendo que al agravarse la enfermedad el individuo tenga que dejar actividades importantes ya que la movilidad se va perdiendo.

Como se ha leído la obesidad involucra muchos factores de riesgo la mayoría modificables, que dan pie a una serie de enfermedades relacionadas entre sí y conllevan a la muerte.

CAPÍTULO III Políticas Públicas

Este capítulo hablara de la Estrategia Nacional para la Prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes que se realizó en el gobierno del Expresidente Enrique Peña Nieto (2012-2018) en el año 2013, donde habla de las estrategias que se tomaran para combatir esta epidemia. Además, durante el capítulo se estará haciendo una crítica, para saber cuál sería su alcance y desde que modelos de la PS esa fundamentando la propuesta. También se dará la definición de política pública y qué relación hay con esta estrategia. También se puede encontrar la situación epidemiológica de la Obesidad y sobrepeso que enfrenta el país.

Las políticas son el diseño de una acción colectiva intencional; son “el curso de acción que sigue un actor o un conjunto de actores al tratar un problema o un conjunto de actores al tratar un problema o asunto de interés... Las políticas se conforman mediante un conjunto de decisión y la elección entre alternativas”. Entendiéndose como una declaración de intenciones, una declaración de metas y objetivos (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009).

Harold Laswell, es el referente en la materia sobre ciencias políticas, define en los años cincuenta a la política pública como: “...disciplinas que se ocupan de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas..., con base científica, interdisciplinaria y al servicio de gobiernos democráticos”, es decir, las políticas eran las decisiones de los gobernantes para la solución de un problema en particular, y que solo eran realizadas para legitimar su poder ante los gobiernos.

Las últimas décadas arrojan una cuantiosa cantidad de definiciones de políticas públicas, pero todas similares; por lo que para fines del capítulo se seleccionaron las siguientes:

Las políticas públicas son “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos” (Ruis Lopez & Cadénas Ayala, 2003)

Luis Fernando Aguilar Villanueva nos dice que son las decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos electores y contribuyentes (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009).

Joan Subirats argumenta que es la norma o conjunto de normas que existen sobre una determinada problemática, así como, el conjunto de programas u objetivos que tiene el gobierno en un campo concreto (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009).

Las definiciones tienen en común gobierno y ciudadanos, en una relación de decisión ante las problemáticas nacionales, traduciéndose en políticas públicas donde están explícitas las intenciones, metas y objetivos para un bien.

Para fines del presente se investigó cuáles eran las políticas públicas que el gobierno mexicano adoptó e instruyó para combatir la problemática de obesidad y sobrepeso, por lo que desarrolló la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, la cual emana de la instrucción del 02 de abril de 2013 del presidente Enrique Peña Nieto, aprobándose el 20 de mayo de 2013 en el Diario Oficial de la Federación. Teniendo como visión mejorar los niveles de bienestar de la población mexicana y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus (Secretaría de Salud, 2013).

Esta estrategia cuenta con una serie de apartados. La problemática mundial que observa la Asociación Internacional de estudios de la Obesidad estima que aproximadamente mil millones de adultos tiene actualmente sobrepeso y otros 475 millones son obesos, registrándose la mayor prevalencia en las Américas, muriendo 2.8 millones de personas al año. En México a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, muestra que la prevalencia de obesidad y sobrepeso en adultos fue de 71.3% que corresponde a 48.6 millones de personas, donde 32.4% corresponde a obesidad y 38.8% al sobrepeso. Para los menores de cinco años se ha registrado un ascenso a lo largo del tiempo, en 1988 era de 7.8% y para 2012 llegó a 9.7%. Por todo esto, es preciso considerar al sobrepeso, la obesidad y la diabetes como algunas de las principales prioridades en la agenda

nacional, dadas las repercusiones que en diversos ámbitos de la vida nacional tienen estas condiciones. La problemática en materia de regulación está enfocada al expendio o distribución de los alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica, sin embargo, no se ha tenido un impacto general en los mecanismos de comercialización y publicidad de los alimentos y bebidas procesados, por lo que se abren áreas de oportunidad (Secretaría de Salud, 2013).

Para la parte de antecedentes se describe que a lo largo del tiempo el estado ha implementado acciones para dar respuesta a este importante reto de salud pública. Siguiendo el orden planteado por la estrategia se describen los siguientes puntos:

El Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (ANSA, 2010). Tiene como objetivo revertir la epidemia de enfermedades no transmisibles, derivadas del sobrepeso y la obesidad, con acciones dirigidas a menores de edad. Los dos factores de riesgo en los que se enfocó fueron la insuficiencia de actividad física y mala nutrición de la población. Proponiendo 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. Comprometiéndose 10 dependencias (CONADE, SSa, DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDESOL, SEDENA, SEMAR, STPS) las cuales no hubo cumplimiento principalmente de la SSa, argumentando la falta de recursos económicos suficientes para realizar campañas masivas (Secretaría de Salud, 2013)(El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad, 2018).
- 2° Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable. Las dependencias comprometidas son: COFEPRIS, CONAGUA, DIF, IMSS, PEMEX, SEDENA, CONADE, SEMAR, SSa, STPS; las cuales ninguna cumplió con el compromiso, incluso para sus trabajadores. Argumentando la falta de recursos financieros (El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad, 2018)(Secretaría de Salud, 2013).

- 3° Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas es similar al objetivo 7° Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros, aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos al igual que el objetivo 8° Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial. Participando las dependencias COFEPRIS, DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDESOL, SEP, SHCP, SEMAR, SSa, STPS, SE. Para estos objetivos se tuvo una iniciativa por parte del DIF en disminuir las azúcares y grasas de los desayunos escolares y por parte de las SEP en quitar los refrescos. Pero, por presión de empresas, se mantuvieron los jugos de soya, néctares y yogurts, que son productos con alto contenido calórico, demostrando que las empresas tienen un poder de influencia ante el gobierno. Adicional para los edulcorantes, faltó el reforzamiento afuera de las escuelas, ya que, si bien en el receso no hay estos productos, al salir de las escuelas se encuentran establecimientos que los venden, por lo que una propuesta sería que alrededor de un perímetro no se tengan estos productos; y así como queda en una intensión. (El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad, 2018)(Secretaría de Salud, 2013).
- 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. Por parte de las dependencias DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SAGARPA, SEDENA, SEDESOL, SE, SEMAR, SSa, STPS no hubo compromiso. Por otro lado, DICONSA reportó tomar medidas para la accesibilidad de la población, sin tener éxito en su implementación (El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad, 2018)(Secretaría de Salud, 2013).
- 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. Las dependencias gubernamentales comprometidas DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SAGARPA, SEDENA, SE, SEP, SEMAR, SSa, STPS no han desarrollado ninguna acción. Por parte de COFEPRIS dejó que las empresas realizaran la

modificación a sus etiquetados a conveniencia, ya que este es engañoso para la población, haciendo creer que se ha mejorado el producto para que sea más saludable (El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad, 2018)(Secretaría de Salud, 2013).

- 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. Por parte de SSa se refiere que la falta de recursos financieros no se ha implementado un programa para la información oportuna a la población en general (El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad, 2018)(Secretaría de Salud, 2013).
- Los puntos 7° y 8° se trataron en el punto 3°, ya que tratan del mismo tema.
- 9° Orientar a la población sobre 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. Con el compromiso de COFEPRIS y SSa no se ha realizado ninguna acción ya que la oferta en el mercado de la comida rápida sigue siendo las mismas porciones con mayores promociones para su consumo (El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad, 2018) y (Secretaría de Salud, 2013).
- 10° Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio. Al igual que algunos objetivos anteriores la SSa no ha realizado acciones debido a falta de financiamiento. Pero en la Ciudad de México en abril de 2013 se tomó la medida de quitar los saleros en los restaurantes, aunque no es una medida drástica, el comensal puede disminuir la costumbre de agregar más sal a los alimentos antes de probarlo (El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad, 2018) y (Secretaría de Salud, 2013).

Como se describió anteriormente los 10 objetivos en los que se basó este acuerdo, no se han podido llevar a cabo, por la falta de instrumentos que obligue y sancione a las dependencias gubernamentales, por falta de recursos financieros, por falta de coordinación, por falta de evaluación; quedando como un trámite administrativo.

Con el *Acuerdo mediante el cual se establece los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica*. El 23 de agosto de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación los lineamientos generales donde se describen las características nutrimentales del tipo de alimentos y bebidas que faciliten una alimentación correcta, incluye alimentos preparados y procesados. Con el objetivo de “Establecer los criterios técnicos para regular la preparación, expendio o distribución de alimentos y bebidas que promuevan una alimentación correcta en los planteles de educación básica” (Lujambio Irazábal & Córdova Villalobos, 2010). Este acuerdo no habla de un expendio y distribución, solo del valor nutricional y la energía o calorías máximas que debe contener los alimentos para el refrigerio escolar, y que no debe ser la sustitución del desayuno; así como las condiciones higiénicas de los lugares de preparación y la limpieza y preparación de alimentos y bebidas. Dejando la leche, yogurt, jugos de fruta y/o verduras, néctares, alimentos líquidos de soya, botanas, galletas, pastelitos, confites y postres, que contienen un alto contenido de azúcares y son manejados por las grandes empresas. Por lo que no se cumple con la mejora de la alimentación para combatir el sobrepeso y la obesidad.

Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2011. Tiene como objetivo “promover y regular la instrumentación de esquemas de ayuda alimentaria en beneficio de los trabajadores, con el propósito de mejorar su estado nutricional, así como de prevenir las enfermedades vinculadas con una alimentación deficiente y proteger la salud en el ámbito ocupacional” (Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores, 2011). En ningún momento se establece como es que la ayuda alimentaria será a través de una “dieta correcta” que es el propósito de esta ley y solo se basa en la regulación de emisión de vales de despensa, electrónica o impresa, y que se debe tener una vigilancia para demostrar que ha sido entregada efectivamente. Pero, si cita las sanciones que tendrán los patrones y establecimientos en caso de incumplimiento o mal manejo, las cuales son multas que van desde dos mil a doce mil veces de salario mínimo.

Consejo Nacional para la Prevención y control de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (CONACRO, 2010). El 11 de febrero de 2010 se publicó en el Diario

Oficial de la Federación el acuerdo por el que se crea CONACRO como una instancia de coordinación permanente en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas no trasmisibles de mayor prevalencia en la población mexicana y sus factores de riesgo (Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, 2010). Este consejo tiene 15 funciones entre las que destacan: I. Formular propuestas de acciones transversales en las materias vinculadas con su objetivo para ser incorporadas en los programas del Gobierno Federal; VI. Promover la inclusión en el Cuadro Básico, en el Catálogo de Insumos del Sector Salud, así como en el catálogo Universal de Servicios de Salud de Sistema de Protección Social en Salud, de insumos que se utilizan en la atención medica de las enfermedades crónicas no trasmisibles y sus factores de riesgo; VII. Proponer la inclusión de contenidos relacionados con la salud, las enfermedades crónicas no trasmisibles, sus factores de riesgo, trastornos de las conductas alimentarias y nutrición, en los planes y programas educativos; VIII. Desarrollar y proponer un programa nacional específico para los trastornos de la conducta alimentaria complementario con el manejo de la obesidad y las enfermedades crónico no trasmisibles (Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, 2010). Pero al realizar una búsqueda más exhaustiva del cómo se aplicará cada función y los alcances que se tendrán, no se encontró información de las reuniones, por lo que el artículo 5° del acuerdo no se sabe si está en cumplimiento - ...se reunirá en sesiones ordinarias por lo menos cada seis meses y en forma extraordinaria en cualquier tiempo a solicitud de su Presidente o de cuando menos la mayoría de sus integrantes.- (Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, 2010) esto a que por lo menos debe haber minutas de dichas reuniones. Es así que el acuerdo solo queda en un acuerdo, como mero trámite al igual que el ANSA.

Reformas al artículo 3° Constitucional, Quinto Transitorio. El día 26 de febrero de 2013, en el Diario Oficial de la Federación, se publicó el Decreto por el que se reforma el artículo 3° en sus fracciones III, VII y VIII; y 73, Fracción XXV y se adiciona un párrafo tercero, un inciso d) al párrafo segundo de la fracción II y una fracción IX. En el quinto transitorio II, apartado C, a la letra dice: - “Prohibir en todas

las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos”- (Secretaría de Salud, 2013). Este artículo refiere al derecho a la educación, pero el apartado que se agrega es de prohibir los alimentos que no favorezcan la salud, y como se ha leído en los párrafos anteriores no se han realizado acciones para que esto se lleve a cabo y se tenga un cumplimiento.

Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). Dentro del proceso de mejora de atención médica, el instituto ha desarrollado un programa integrado conocido como PREVENIMSS que fue puesto en marcha en 2002 y de carácter preventivo, esto para dar respuesta a la problemática de la transición demográfica y epidemiológica, debido a que el principal énfasis que ha dado el instituto es de curación y no de prevención. Por lo que este programa es una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad: Salud del Niño (menores de 10 años), Salud del Adolescente (de 10 a 19 años), Salud de la Mujer (de 20 A 59 años), Salud del Hombre (de 20 a 59 años), Salud del Adulto Mayor (60 y más años), con cartillas de salud por grupos de edad que contienen los temas de Promoción de la Salud, Nutrición, Prevención y Control de Enfermedades, Detección de Enfermedades, Salud Bucal, Salud Reproductiva y Sexual. Teniendo así un modelo médico-hegemónico y estilos de vida, ya que le dicen al paciente lo que debe hacer y que de tener una vida más saludable. Este programa no ha tenido un gran impacto en temas de sobrepeso y obesidad ya que en la última encuesta (ENSANUT 2012) se mostró un aumento en la prevalencia de estos factores de riesgo (Secretaría de Salud, 2013).

Programa PrevenISSSTE. El 15 de octubre del 2010 fue puesto en marcha el programa, que es un modelo de atención preventiva, que busca brindar atención integral a la salud y promover el desarrollo social biológico y psicológico de los derechohabientes, a través de la corresponsabilidad en salud, como premisa del autocuidado y empoderamiento. Es así como el derechohabiente a través de la información, adopta hábitos más saludables y controla los factores de riesgo (Secretaría de Salud, 2013). Este programa toca un punto importante que es el “empoderamiento” hacia el paciente, el cual lo asume como el brindarle información de lo que le hace bien y lo que afecta su salud, es decir, el experto en salud informa al paciente de la vida saludable que debe llevar y si se enferma es responsabilidad de él. Por lo que la palabra empoderamiento es mal empleada. Como se ha visto en

capítulos anteriores el empoderamiento va más allá de darle información al individuo es un concepto multidimensional con un proceso, por el cual los individuos, grupos o comunidades llegan a tener la capacidad de controlar sus circunstancias y de alcanzar sus propios objetivos, siendo así un programa con un enfoque médico-hegemónico.

Declaración Ministerial para la Prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles de México 2011. En esta declaración se reconoce que el sobrepeso y la obesidad son la principal causa de muerte en las Américas y que estas enfermedades son a causa de los factores de riesgo como: tabaquismo, alcoholismo, mala alimentación, sedentarismo; por lo que se comentó la importancia de atender estas problemáticas. Pero, solo quedo en el decir, ya que no hay acciones concretas para mitigar esta problemática (Secretaría de Salud, 2013). Es decir, no es vinculante.

Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) sobre la prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, 2011. Esta declaración da énfasis a las acciones que se debe emprender por parte de los países miembros de la ONU. Señalando los factores de riesgo como: tabaquismo, alcoholismo, mala alimentación, sedentarismo (ONU, 2011). Esta declaración solo refuerza la documentación que se ha manejado, de enfocarse en eliminar los factores de riesgo, para que el individuo tenga una vida saludable. Teniendo en claro la presencia de Enfermedades No Transmisibles en toda América y sus países miembro, dando reconocimiento y énfasis en las medidas que se han adoptado para bajar la prevalencia de las enfermedades y factores de riesgo. Es así como los alcances son limitados y no vinculables entre las autoridades, Documentos y países miembros. Es decir, no es vinculante.

Plan de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles OMS (2013-2020) corresponde a la *Estrategia Regional para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles OMS-OPS, 2012.* Por lo que la primera contiene los objetivos y el desarrollo de cada Estrategia que se propone en la segunda. Este plan y estrategia tiene la meta de reducir la mortalidad y morbilidad y los factores de riesgo, aumentando la exposición de factores protectores, y así bajar la carga socioeconómica de estas enfermedades por medio de enfoques

multisectoriales (Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019, 2014). Además, se basa en cuatro líneas estratégicas “Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de ENT; Factores de riesgo y factores protectores de las ENT; Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo; Vigilancia e investigación de las ENT” de las cuales se desprenden objetivos, indicadores y metas específicos para lograr el progreso. El plan tiene puntos más específicos, es decir sus objetivos de cada línea estratégica aborda el qué hacer y las acciones que debe realizar el gobierno, sin embargo, solo queda en un documento o trámite, ya que, no se tiene sanciones u obligaciones de cumplimiento hacia los países miembro. Es decir, no es vinculante.

Resolución del Comité Ejecutivo de la OPS Métodos Poblacionales e Individuales para la prevención y el Tratamiento de la Diabetes y la Obesidad. Es una aprobación del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud que recomienda crear alianzas para involucrar al sector privado y sociedad civil para que la población tenga una información más clara y precisa de lo que es saludable, también da la sugerencia de cambiar el etiquetado. Pero como se ha revisado anteriormente solo se queda en sugerencias por parte de los países miembros. Aunque toca el punto “Mejoren la vigilancia de los índices de obesidad y la diabetes en la población, que permitan fundamentar la necesidad de desarrollar políticas y evaluar los resultados” en el caso de México se tiene la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT)” la cual tiene el propósito de generar un panorama estadístico sobre la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones de salud y nutrición, así como, obtener información de la respuesta social organizada del sector salud en la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes (ENSANUT, 2016). Por lo que esta resolución ha tenido un pequeño cumplimiento.

En el Marco Jurídico concurren documentos e instrumentos legales diversos y varios artículos. A continuación, se presentan algunos de ellos que describen un poco su tarea:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este apartado contempla al artículo 4° que corresponde al Derecho a la Salud

- Ley General de Salud. Artículo 15° Señala las facultades y responsabilidades de la Secretaria de Salud y en el 3° en materia de salubridad general.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. En el artículo 39° explica los asuntos que corresponde atender a la Secretaria de Salud.
- Ley de Planeación. En ella se encuentran las normas y principios básicos que definen el rumbo de acciones institucionales.
- Ley Federal de Protección al Consumidor. Promover y proteger los derechos y cultura del consumidor.
- Ley Federal de Radio y Televisión. En su artículo 67° regula la propaganda que se trasmite.
- Ley General de Educación. Es considerada debido a que la estrategia es multidisciplinaria y la educación es una pieza clave para la estrategia.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. Es impórtate este reglamento ya que menciona las bases que deben tomarse en cuenta.
- Norma Oficial Mexicana. La estrategia toma en cuenta varias Normas Oficiales Mexicanas, ya que son los lineamientos para poner en marcha planes y programas, y así tener un mismo entendido.

Para el Marco Conceptual reconoce que la Obesidad es el principal factor de riesgo para que se desarrollen las enfermedades no transmisibles y que es necesario tener un panorama de esta problemática desde el origen para comprender sus determinantes y realizar intervenciones que puedan ser frente.

Identifica tres niveles causales de la problemática: la pobreza (es un factor, pero no determinante, porque se pueden romper las barreras de la inaccesibilidad), trae un acceso limitado a los servicios de salud, menor orientación educativa acerca de la alimentación, por lo que el consumo de productos de alta densidad energética es muy alto. El segundo elemento es la globalización, donde el intercambio cultural es mayor y por tanto la oferta de productos alimenticios procesados aumenta, que además de perderse poco a poco la cultura tradicional alimentaria, los costos en la mayoría de ocasiones son muy elevados. También el incremento de tiempo en la transportación, la disminución de espacios públicos al aire libre y la creación de nuevas tecnologías, trae consigo el sedentarismo, haciendo un círculo vicioso de

mayor ingesta de calorías y menor gasto energético, dándose así la obesidad (eso no quiere decir que es el factor principal de la obesidad, pero si una de las causas) (Secretaría de Salud, 2013).

La tecnología, tercera causa, juega un papel importante y va de la mano con la globalización. Renovando así el procesamiento de los alimentos, generando mayor producción y diversidad, por lo que la educación alimentaria juega un papel fundamental para poder seleccionar los alimentos que nos generen una dieta balanceada e ingesta calórica correcta, esta ingesta es dependiendo de nuestra cultura, porque no se puede generalizar la cantidad de calorías que debe consumir el individuo, si cultural y fisiológicamente somos diferentes en México y el mundo. También esta diversidad viene acompañada de una mayor publicidad por lo que se expone a un mercado masivo y la toma de decisiones vinculada a ello.

Formulando acciones, enmarcadas dentro de una estrategia de carácter transversal e integral, para fortalecer la prevención y la promoción de la salud, modificando el comportamiento individual, familiar y comunitario, para lograr hábitos alimentarios correctos y mayor actividad física (Secretaría de Salud, 2013).

Este capítulo de la estrategia remarca que se tiene identificada una de las causas de obesidad, el sedentarismo y la ingesta calórica abundante, reconociendo que la pobreza, globalización y tecnología son las problemáticas que causan esos factores, ya que hay menor accesibilidad a los servicios de Salud y Educación, creyendo así lo que la publicidad diga y sea su verdad para la toma de decisiones correctas; y la globalización hace que los traslados y la estancia en los trabajos sean mayores dejando menos tiempo para la preparación de alimentos en casa y dejando de lado las actividades físicas. Esto también acarrea mayores índices de estrés, generados por la presión de tiempo y la familia, escuela, trabajo, casa, etc.... como por ejemplo los jóvenes que estudian y trabajan al mismo tiempo que aunado a eso viven solos y no tienen quien les prepare los alimentos, y haga los quehaceres de donde vive, o las mamás que trabajan largas jornadas y que su trabajo queda a más de dos horas de trayecto y que después tienen que llegar a ver a sus hijos en tareas, uniformes, cena, lunch, bañarlos. Por ello para ahorrar tiempo se buscan alternativas no sanas, como la comida rápida.

La estrategia se plantea que los padecimientos crónicos vinculados a la obesidad, afecta directa o indirectamente a los avances obtenidos en el desarrollo económico y social del país. Debiendo tener acciones de prevención y control, donde se involucre al gobierno, organismos no gubernamentales, sector público y privado; estas acciones van desde la promoción de la salud hasta la regulación de productos, describiendo a continuación su alcance:

- Promoción de la Salud: acciones para el desarrollo de aptitudes personales en alimentación correcta, entornos saludables en escuelas y sitios de trabajo, acciones comunitarias, impulso de políticas públicas saludables.
- Prevención de Enfermedades: acciones para detección temprana de enfermedades no transmisibles y un sistema de monitoreo que proporcione información para los factores de riesgo (Secretaría de Salud, 2013).
- Atención Médica: Fortalecer la capacitación de los recursos humanos e incorporar la prevención y control de enfermedades no transmisibles en el personal sanitario (Secretaría de Salud, 2013).
- Regulación Sanitaria y Política Fiscal: acciones de vigilancia focalizada en alimentos y bebidas, así como en la publicidad que se realiza en medio masivos. Se busca establecer un etiquetado frontal claro, que ofrezca información útil para que el consumidor tenga elementos de toma de decisiones respecto al consumo calórico (Secretaría de Salud, 2013).

Esta visión multisectorial busca un involucramiento no solo del sector salud, también implica generar nuevos procesos educativos dándole mayor peso a la actividad física a través de su materia de Educación Física (se imparte en la educación básica) e incluir un programa de alimentación; para ser reforzada en casa y así se tenga una reeducación alimenticia. Además, el sector salud tiene iniciativas, por lo que el apoyo mutuo sería una buena opción para buscar un cumplimiento mayor, y así, poder lograr las acciones antes planteadas. Pero a falta de criterios de inclusión y obligatoriedad solo queda en acciones planteadas por las autoridades del sector salud, ya que no describe los lazos entre los diferentes sectores.

Los Ejes Rectores que maneja son: I) Investigación y evidencia científica, se reconoce el esfuerzo de los institutos nacionales, así como de las instituciones académicas por la investigación científica, particularmente aquella dirigida al

esclarecimiento de los factores de riesgo de la dieta que aumenta el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas. II) Corresponsabilidad, la responsabilidad colectiva es determinante particularmente en grupos, ya que la adaptación de nuevos entornos requiere un proceso de adecuación a las nuevas condiciones; por lo que es preciso fomentar la cultura de prevención del sobrepeso y la obesidad en ámbitos individual y colectivo, para dar a comprender que estos problemas no solo incumben y afectan al sector salud. III) Transversalidad, se origina de la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para avanzar al desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad. La interdependencia de las políticas públicas requiere que se establezcan objetivos comunes, respuestas integradas y mayor rendición de cuentas, por lo que se necesita de un sector salud más capacitada. IV) Intersectorialidad, es indispensable se implementen acciones que permitan la participación coordinada de todos los interesados y medidas multisectoriales en favor de la salud. A través de alianzas para promover la cooperación a todos los niveles gubernamentales, no gubernamentales, sociedad civil y sector privado con el mismo objetivo, fortalecer la prevención y control de enfermedades no transmisibles. V) Evaluación del Impacto, se busca crear las condiciones e instrumentos adecuados de medición de desempeño e impacto, de tal forma que sea posible sustentar las intervenciones en sistemas de información, registros, encuestas y análisis nacionales e internacionales que permitan generar nuevas evidencias. VI) Rendición de Cuentas, Dentro de las estrategias transversales para el desarrollo nacional, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 contempla la creación de un Gobierno Cercano y Moderno, en donde existan mecanismos de evaluación que permitan mejorar el desempeño y calidad de servicios (Secretaría de Salud, 2013).

Estos ejes rectores reconocen que mediante la investigación científica se puede lograr un avance, pero, su investigación científica se acorta en solo buscar el esclarecimiento de los factores de riesgo relacionados a la dieta; dejando de lado la pobreza, el estrés, los factores epigenéticos, psicológicos, el fácil acceso a alimentos hipercalóricos, etc.... y que no solo el sector salud es el responsable, teniendo así una idea errónea de corresponsabilidad ya que da a entender que el individuo es el que toma las decisiones de su salud, por lo que si enferma es culpable, no tomando en cuenta que esta corresponsabilidad es múltiple y no

bidireccional. Para la Intersectorialidad debe trabajarse con mucho cuidado para no caer en temas de favoritismo e intereses personales. Además, le falta aclarar cómo será la vinculación entre las comunidades, centros educativos y de investigación, centros de salud, gobernanza, organizaciones no gubernamentales, dejando vacíos para no tener un compromiso ante esta iniciativa y así dejarla solo en un escrito más.

El Objetivo General de la estrategia es: “Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales” (Secretaría de Salud, 2013).

Es difícil cumplir el objetivo, sobre todo cuando se tienen políticas públicas e investigaciones pobremente sustentadas, basadas en la dieta y el ejercicio, y en el que, el individuo es el responsable de su salud; no tomado en cuenta la educación, globalización, la pobreza, los factores culturales, la gran variedad productos alimenticios hipercalóricos, los factores genéticos y epigenéticos y demás situaciones que enfrenta el ser humano día a día. Donde la Intersectorialidad sería el primer paso para definir el bien común, que es la salud del ser humano y no lo económico.

Para los Pilares y Ejes Estratégicos se plantean tres pilares (Salud Pública, Atención Médica y Regulación Sanitaria y Política Fiscal) y seis ejes rectores (Investigación y Evidencia Científica, Corresponsabilidad, Transversalidad, Intersectorialidad, Evaluación y Rendición de Cuentas).



Figura III.1 Pilares y ejes Estratégicos. Donde muestra su estructura de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
Tomada de: Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
(ENT: Enfermedades No Transmisibles; SNS: Sistema Nacional de Salud)

1. Salud Pública

1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no trasmisibles.

Diseño, desarrollo e implantación de un sistema de información (Observatorio de las enfermedades no trasmisibles) que monitoree el comportamiento de las enfermedades no trasmisibles (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias) así como el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2013). Para este observatorio solo se menciona que es extra al sistema actual de vigilancia epidemiológica. Y se tiene que empezar de cero, ya que, no hay noción de las variables que serán medidas; adicional se tiene que generar y capacitar para una plataforma tecnológica, donde se registren las variables a definir. Por lo que la estrategia queda como el trámite o una simple propuesta.

Establecimiento de mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre las enfermedades no trasmisibles en todos los niveles para la toma de decisiones. Se trata de establecer mecanismos, canales y contenidos de información relacionados con las enfermedades no trasmisibles. (Secretaría de

Salud, 2013). Este párrafo solo trata de proponer los canales de comunicación y contenido de información, para la toma de decisiones, pero no se dice a quién o cómo estarán dirigidas.

Dar seguimiento a la implementación de la Estrategia y determinar su desempeño e impacto. Las unidades de primer contacto deben reportar a las jurisdicciones sanitarias los indicadores propuestos para evaluar los componentes, generar reportes estadísticos a partir de base de datos de la atención de usuarios (Secretaría de Salud, 2013). Para que esta vigilancia sea real y concreta se deben homologar los indicadores y los cuales deben ser medibles y veraces.

1.2 Promoción de la Salud.

Promoción de la alimentación correcta a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitio de trabajo y comunidad). La ingesta calórica elevada puede ser consecuencia del consumo frecuente de alimentos con alta densidad energética, alto contenido grasos y bajos en fibra y agua; por lo que propone:

- Impulsar la eliminación de publicidad de alimentos no nutritivos
- Incentivar la eliminación gradual de azúcar, sodio y grasas saturadas en alimentos
- Incrementar el consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de grano enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo
- Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una alimentación correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
- Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo
- Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua potable
- Prohibir la venta de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares, grasas y sal en las unidades médicas del sector salud (Secretaría de Salud, 2013).

Todos los puntos anteriores son buenas iniciativas para empezar a cambiar hábitos alimenticios, el detalle es que no tienen puntos específicos que digan cómo serán

esos cambios, y que en ningún momento menciona a las empresas alimentarias para que sean obligadas a tener una mejor calidad en sus productos. Adicional solo utiliza el modelo Estilos de Vida, enfocando a la alimentación sana y aumento en la actividad física.

Promoción de la actividad física a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitios de trabajo y comunidad). El gasto energético reducido se debe a una forma de vida sedentaria, consecuencia del estilo de vida actual; proponiendo: estimular a las autoridades municipales para la creación de espacios públicos destinados a la actividad física; realizar campañas nacionales para sensibilizar a la población sobre la importancia de activarse físicamente en todos los entornos; incorporar a la Secretaria de Educación Pública, así como la Comisión Nacional del Deporte para implementar acciones del estado físico de los educandos (Secretaría de Salud, 2013). Toca un punto importante, el sedentarismo, y es por el estilo de vida actual. Un estilo de vida actual, donde los trayectos de traslado son de más de dos horas, que la estancia en trabajos es de diez horas o más, y que, aunado a eso, se tiene que llegar a casa a realizar labores, por lo que da la impresión que la frase “estilo de vida actual” culpa al sujeto de no darse el tiempo para ejercitarse y que sus propuestas quedan escasas. Para la creación espacios destinados a la actividad física, en la CDMX se ha visto un incremento de espacios y rehabilitación de otros, donde hay aparatos para ejercitarse; pero, son espacios donde no hay condiciones, ya que están en medio de avenidas, y al estar haciendo ejercicio se está respirando directamente el smog, además no hay una descripción de cómo usar el aparato, o son lugares inseguros. Por tanto, a mi punto de vista no sirven, más que de recreación. En las escuelas, sobre todo las de nivel medio básico, la actividad física es parte de la formación, por tanto, se debería crear el hábito del ejercicio, dando a entender que no se está cumpliendo con el objetivo de la materia de Educación Física. Por tanto, su propuesta de la activación física queda escasa y con espacios que se deberán analizar para que realmente se dé el tiempo y calidad en las actividades a realizar.

Comunicación educativa:

Existen comportamientos en la población que, para que se cambien o se abandonen, requieren una acción social adecuada. Las soluciones que se proponen

se deben de reflejar en el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias de este grupo de personas para el beneficio de los individuos y de toda la sociedad. Por ello, se “debe considerar la necesidad de generar programas efectivos de comunicación educativa para difundir los mensajes informativos y fomentar la adopción de una alimentación saludable”. A través de: llevar una campaña masiva en contra de la obesidad mediante mensajes positivos; diseñar e incorporar al currículo de la educación de nivel básico una materia dirigida a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; generar manuales de procedimientos, materiales educativos, cursos en línea para profesionales de la salud, distribución de las guías internacionales y la norma nacional en unidades de primer contacto y hospitales de segundo nivel; formar consumidores informados capaces de interpretar las características nutricionales de los productos que adquieren (Secretaría de Salud, 2013). Es un punto difícil, ya que, toca la parte de sentimientos, intereses y/o creencias, y como sabemos México es un país multicultural y con un arraigo familiar importante, siendo difícil una solución igualitaria o que solo se eduque a nivel básico. Además, esa comunicación debe ser efectiva y eficaz adecuados a cada grupo dirigido, siendo un tema delicado, pero no imposible.

Generación de procesos de participación social con énfasis en la participación comunitaria. Una comunidad empoderada es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican las habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades de salud. Por medio, de desarrollar diplomados o cursos de especialidad en obesidad para generar líderes locales que puedan modificar su entorno; crear redes de educadores en prevención de sobrepeso, obesidad, diabetes y otras enfermedades no transmisibles; formar comités comunitarios que coordinen de manera formal las actividades de la estrategia en sus comunidades (Secretaría de Salud, 2013). Al hablar de empoderamiento, habla de que el individuo tenga los conocimientos de prevención y que los aplique en su comunidad como la verdad, pero como se ha revisado, esta palabra tiene una connotación más compleja, donde es multidisciplinaria, y no solo relaciones de poder entre el que tiene el conocimiento y el aprendiz. Por lo que el empoderamiento es que la comunidad se organice para analizar que le enferma y como resolver, mas

no que tiene que aprender con diplomados y cursos, cayendo en los modelos “médico-hegemónico y estilos de vida”, donde el que sabe es quien educa.

1.3 Prevención

Establecimiento de las pautas generalizadas para las acciones de prevención de enfermedades no transmisibles en todo el sector salud. El autocuidado ha demostrado ser un mecanismo eficaz para mejorar la calidad de la atención de la diabetes. Un alto porcentaje de los pacientes no requieren la atención de un especialista. Establecer la estrategia única de prevención de enfermedades que consideren el autocuidado y el esquema de participación social, teniendo en cuenta las siguientes características: Capacidad de detección oportuna de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en las unidades de salud del primer nivel de atención y en lugares públicos donde se reúne la comunidad, mediante el establecimiento e implementación de módulos de detección oportuna de enfermedades no transmisibles. Se aprovechará la convergencia tecnológica, contando con un sistema de información portátil y en línea (Secretaría de Salud, 2013). Esta parte de la prevención se enfoca más a cuando el individuo tiene indicios o la enfermedad detectada, mas no desde antes de que el individuo es capaz de transformar factores de riesgo en factores protectores.

Generación de procesos de organización de grupos de ayuda mutua para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Numerosos grupos de investigación han demostrado que la inclusión de las sesiones grupales es una intervención de bajo costo que mejora la efectividad de las intervenciones. Por lo que se crearan manuales para el desarrollo y aplicación de procedimientos que faciliten la operación, capacitación al personal de salud y otras instancias, así como, concientizar a los usuarios sobre la carga y responsabilidad de la enfermedad (Secretaría de Salud, 2013).

Dando así una gran oportunidad para los promotores de salud, de implementar los conocimientos en un pequeño sector de una gran batalla que enfrenta el país.

2. Atención Médica

2.1 Acceso efectivo a Servicios de Salud

Equidad de los servicios en la cuenta efectiva para las enfermedades no transmisibles. Se trata de incrementar la capacidad de los servicios de salud para que una persona con necesidades de salud asociadas a las enfermedades no transmisibles, reciba el máximo posible de ganancias en salud a partir de los programas e intervenciones instrumentadas por el sistema. Dando seguimiento individualizados de todos los pacientes en sus hogares y en las unidades de primer contacto, estableciendo modelos interculturales de atención a pacientes y alineando la práctica médica privada a los elementos de la Estrategia. Es buen punto, pero para que se dé el punto de seguimiento personal en pacientes a nivel hogar es un reto, porque sabemos que es muy escaso el personal médico en las unidades de salud.

Implementación de la gestión de riesgos a través de unidades de tratamiento y control mediante el pago de una cápita. A partir del principio de corresponsabilidad, se pretende que los individuos enfermos crónicos, accedan a control y tratamiento médico a través de un ejercicio de pago compensatorio con lo realizado por el estado. Dictamen al momento de afiliación al seguro popular de factores de riesgo asociadas a enfermedades no transmisibles.

Desarrollo de programas de incentivos para pacientes y médicos. Diversos sistemas de salud han implementado programas de incentivos para pacientes con el fin de aumentar su adherencia terapéutica. Los incentivos son consultas o exámenes de laboratorio gratuitos, aparatos y consumibles sin costo, inscripciones a gimnasios o pago por meta de tratamiento alcanzada. También habrá incentivos para médicos con el fin de mejorar la atención (Secretaría de Salud, 2013). Es buena propuesta donde es ganar-ganar para todas las partes.

2.2 Calidad de los Servicios de Salud

Implementación de modelos de atención específicos. Se busca innovar la atención de las enfermedades no transmisibles mediante la implementación de servicios de salud diseñados, equipados y listos para desarrollar acciones para realizar

prevención, detección oportuna, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y reducción de complicaciones. Lo anterior con un enfoque de promoción, prevención y atención (Secretaría de Salud, 2013).

Estos puntos de “Acceso Efectivo y Calidad” nos dan a saber que tenemos un sistema de salud bajo en cuanto atención, buscando atraer al paciente y al médico con incentivos, para que tenga un apego a su tratamiento.

2.3 Mejora de las competencias y la capacidad resolutoria del personal de salud.

Los nuevos retos en la prestación de servicios de salud obligan a que el personal de salud tenga los conocimientos y las prácticas adecuadas para hacer frente a esta complejidad. Por lo que se implantará una estrategia de capacitación innovadora para la mejora de las competencias del personal de salud de las unidades de salud del primer nivel de atención. Tomando en cuenta los siguientes temas: mejora de estilos de vida, actividad física sistémica, progresiva y constantes, plan alimentación adecuado, manejo de emociones; prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades no transmisibles; uso de esquemas terapéuticos innovadores que privilegien la atención efectiva.

Donde todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, tendrán un esquema formal de capacitación, aprovechando la convergencia tecnológica, cursos de acuerdo al perfil profesional y las funciones que realizan, continuo, de fácil acceso y apoyo académico (Secretaría de Salud, 2013).

Implementación del proyecto de capacitación a personal de salud de primer contacto alrededor de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles. La capacitación y actualización del personal de salud es un proceso continuo, por lo tanto, el personal debe tener acceso a guías nacionales sobre el manejo médico y nutricional de las enfermedades no transmisibles, así mismo se crearán manuales de procedimientos, material educativo, cursos en línea que permitan el desarrollo de conocimientos y habilidades clínicas en el personal de salud (Secretaría de Salud, 2013).

Adecuación de planes de estudio para la formación de profesionales de la salud en escuelas de educación superior. Para tener calidad en la atención de los servicios de salud es necesario que los centros de formación adecuen sus programas de

estudio a este cambio epidemiológico que vive el país y no solo eso, sino que estos cambios se vean reflejados en la práctica del paciente, promoviendo el autocuidado y el trabajo multidisciplinario (Secretaría de Salud, 2013).

Fomento de la vinculación de trabajo conjunto en redes de parte de instituciones educativas que abordan el problema. Se trata de fomentar la creación de redes de vinculación entre instituciones educativas para obtener un mayor número de evidencias y experiencias replicables que contribuyan al desarrollo de la Estrategia (Secretaría de Salud, 2013).

Para la mejora de competencias son buenas propuestas las que plantea, ya que el personal de salud debe estar a la vanguardia en conocimientos y prácticas adecuadas en las áreas en que se desarrollan. Para la parte de la adecuación en planes de estudio, más que incrementar temas del cambio epidemiológico de Obesidad, también sería conveniente que se les enseñe la parte humanista, es decir, que se le enseñe a tratar a los sujetos como personas, para que el profesional pueda tener la sensibilidad y se le dé una mejor atención.

2.4 Infraestructura y tecnología

Uso de tecnologías para facultar a la persona. Los servicios de salud, específicamente las unidades de salud del primer nivel de atención, aprovecharán la gran penetración del uso de tecnologías de información y comunicación (líneas telefónicas móviles, internet, redes sociales) para ofrecer soluciones que faculten a la persona a cambiar sus estilos de vida de forma sostenida.

Las soluciones tecnológicas estarán disponibles para cualquier persona y enfocadas en darle herramientas de educación, factores de riesgo, estilos de vida, actividad física, alimentación correcta, manejo de emociones y apego a tratamientos (Secretaría de Salud, 2013).

Implantación del Modelo Integral de Atención para mejorar la estructura y capacidad operativa de modelos de atención. El Modelo Integral de Atención es un esquema de participación intersectorial que plantea la mejora de la infraestructura y equipamiento de las unidades de salud donde se atienden los pacientes con enfermedades no transmisibles (Secretaría de Salud, 2013).

Es buena propuesta que se tome en cuenta la tecnología, pero hay que pensar que no toda la población tiene acceso a ella, por lo que primero hay que terminar con las barreras como la pobreza, marginación, analfabetismo y además que esta información tenga un enfoque multidisciplinario y no de estilos de vida o médico-hegemónico. Ahora para la infraestructura, hoy en día no se deberían tener estas propuestas donde se hable de mejora, ya que es un tema que debe estar presente en el sistema de salud a diario y no solo cuando surjan epidemias, o enfermedades que requieran más atención.

2.5 Garantía de abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro.

Esta estrategia busca mejorar la eficiencia, efectividad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud en las unidades del primer nivel de atención. Una de sus líneas de acción es asegurar que la persona reciba los medicamentos adecuados que requiere en forma completa, oportuna y continua. Se llevarán a cabo acciones enfocadas a mejorar el monitoreo del suministro de medicamentos, y se facultará a los pacientes para que reporten deficiencias en la provisión de sus recetas. Utilizando las tecnologías, tanto para pacientes y personal de farmacia (Secretaría de Salud, 2013).

Para implementar estas tecnologías, primero se deberá hacer un estudio de quienes son las personas y que nivel socioeconómico se encuentran, para desarrollar la tecnología a implementar, porque volvemos al tema de la pobreza, alfabetismo y se involucra a la tercera edad, donde se sabe que no están familiarizados con este tema. Pero, para mayor control interno es buena opción.

2.6 Centro de Diabetes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Este modelo de Atención Integral, es implementar un modelo de atención integral a pacientes con diabetes para mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones. Esto se logra con una intervención multidisciplinaria y estructurada. El modelo se dirige a pacientes con diagnóstico reciente de diabetes y sin complicaciones para disminuir el impacto de alguna intervención. El objetivo primordial es lograr el

empoderamiento del paciente como participante activo del control de su enfermedad.

Por lo que este centro constituye un verdadero laboratorio para el diseño y evaluación de modelos de prevención y atención de pacientes con diabetes (Secretaría de Salud, 2013).

2.7 Cirugía Bariátrica

La obesidad mórbida representa para las personas portadoras consecuencias muy graves para la salud. Es considerada “mórbida” cuando alcanza un punto en el que aumenta el riesgo de una o más condiciones de salud o enfermedades graves relacionadas con la obesidad, ocasionando invalidez física significativa e incluso la muerte.

El tratamiento es quirúrgico: cirugía bariátrica. Es una opción efectiva para lograr una pérdida de peso sostenida en el paciente obeso, resolver y mejorar las comorbilidades asociadas a la patología y reducir la mortalidad relacionada a la obesidad. Además, es económicamente efectiva para el paciente obeso. Por su parte, el Consejo de Salubridad General, como máximo órgano en materia de salubridad de conformidad con los artículos 4º. Párrafo cuarto y 73, fracción XVI Base 1ª. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se ha pronunciado a favor de impulsar la cirugía bariátrica como una de las maneras para contener la obesidad (Secretaría de Salud, 2013).

Los puntos anteriores (Centro de Diabetes y Cirugía Bariátrica) más que propuesta, son informativos donde se da a conocer que el Centro realiza investigaciones relacionadas con la Diabetes, sus consecuencias y como mejorar la calidad de vida y prevención hacia el paciente. La Cirugía Bariátrica es una opción para las personas obesas catalogadas como mórbidas y que es una práctica permitida por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

2.8 Investigación y evidencia científica

Generar una estrategia de apoyo intersectorial para el desarrollo de evidencia que impacte en el diseño y mejora de políticas públicas, por lo que se debe establecer

un fondo nacional para financiar proyectos de investigación, establecer una instancia de gestión de investigación y generar un sistema de incentivos y premios sobre enfermedades no transmisibles (Secretaría de Salud, 2013).

Creación de centros de referencia para la investigación y atención en diabetes. Es claro que, para lograr arraigar la prevención y el control de la obesidad y sus comorbilidades a plazo corto, es fundamental apoyar la investigación científica, particularmente dirigida al esclarecimiento de los factores de la dieta que aumentan el riesgo de obesidad y enfermedades no transmisibles (Secretaría de Salud, 2013).

Investigación genómica. La vigilancia epidemiológica propuesta en la Estrategia Nacional representa un área de oportunidad única para hacer investigación integral sobre la etiología de estas enfermedades metabólicas. Se trata de aprovechar las visitas de los pacientes para obtener los siguientes datos: antropométricos y bioquímicos, diagnóstico de obesidad, Dislipidemia, glucemia o diabetes, tratamiento farmacológico y su respuesta, cuestionario clínico enfocado a dieta y actividad física, muestras de sangre para hacer una genoteca, donde, serán de utilidad para: identificar y caracterizar genes de susceptibilidad para la obesidad, variantes genéticas con relevancia en salud pública, hacer un Biobanco con datos clínicos que serán la base para muchas investigaciones futuras (Secretaría de Salud, 2013).

Para estas investigaciones es bueno crear vínculos con Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN). Es uno de los doce INSalud de México y tienen la misión de contribuir al cuidado de la salud de los mexicanos mediante el desarrollo de investigación científica de excelencia y recursos humanos de alto nivel (Jimenez Sánchez, Silva Zolezzi, & Hidalgo y Santiago March, 2008). La medicina genómica es definida como el uso sistemático de las variaciones genómicas para identificar los riesgos o enfermedades comunes, conducirá al ejercicio de una medicina más individualizada, más predictiva y más preventiva basada en los factores de protección y riesgo genético de las personas (Jimenez Sánchez, Silva Zolezzi, & Hidalgo y Santiago March, 2008).

Estas investigaciones son de gran importancia para la transición epidemiológica que se vive, esperando impactar a futuro drásticamente en la eficacia y disminución de costos en las intervenciones. Por lo que se tendrían más herramientas y visión de

que no solo un estilo de vida negativo es causante de las enfermedades como la diabetes, sobrepeso, obesidad, dislipidemias, etc.... sino que hay factores genéticos y epigenéticos que impactan en el individuo; como se escribió en capítulos anteriores son factores genéticos determinados por el ambiente celular en lugar de la herencia, pero que de igual forma intervienen en la regulación heredable de la expresión génica sin cambio en la secuencia de nucleótidos; se puede decir, que la epigenética es el conjunto de reacciones químicas y demás procesos que modifican la actividad del ADN, pero sin alterar su secuencia (Moreles & Marti, 2014). Haciendo que el panorama se amplíe, así como, la forma de intervenir y realizar programas más completos y con mayor aporte hacia el individuo y sus factores de riesgo.

3. Regulación Sanitaria y Política Fiscal

3.1 Etiquetado

La regulación sanitaria tiene como objetivo actualizar la regulación mexicana en materia de etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas al público infantil en concordancia con las mejores prácticas internacionales. Para el año 2014 a través del diario oficial de la federación se publicó el decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad dando como resultado el documento “Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad...” que tiene como objetivo reducir la exposición que los niños tienen frente a la publicidad de productos con un alto contenido calórico (Secretaría de Salud, 2013). Para este Documento se tiene apartados que a continuación se describen.

Etiquetado de alimentos. Con las mejores prácticas internacionales el etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas debe comunicar información nutrimental clara a los consumidores y fomentar decisiones saludables entre estos. Este punto no es posible, porque desde que se realizó el Manual de Etiquetado Frontal Nutrimental no se pensó en los individuos que consumen al día los productos, siendo estos complejos de leer, ya que la mayoría de la población no cuenta con la educación elemental o sus prioridades son diferentes a estar preocupados por una dieta

saludable baja en calorías (Secretaría de Salud, 2013). Adicional solo menciona que “con las mejores prácticas internacionales”, pero solo queda en mención no dando referencia a que organismos internacionales se apoya para estas prácticas.

Etiquetado frontal. Este sistema de etiquetado establece de manera obligatoria que la información nutrimental expresada en el etiquetado de alimentos cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que señale el porcentaje que el contenido calórico del producto representa de acuerdo a la Ingesta Diaria Recomendada (IDR) (Secretaría de Salud, 2013).
2. Se deberá expresar el contenido energético total de producto y no su porcentaje basado en la dieta de 2000 kcal como se hace actualmente.
3. Hacer obligatorio que, en aquellas presentaciones familiares, se incluya el número de porciones en el contenido total del producto, y su contenido energético (Secretaría de Salud, 2013).
4. Para el caso de bebidas saborizadas, chocolates, botanas y productos de confitería, hacer obligatorio que en las presentaciones familiares se incluya la información nutrimental, sodio y contenido calórico calculando sobre contenido total del producto (Secretaría de Salud, 2013).



Figura III.2 Ejemplo de Etiquetado. Donde muestra las características que debe tener la impresión.
Tomada de: Manual de Etiquetado Frontal Nutrimental

Adicional a lo anterior muestra las bases y lineamientos con los que se debe plasmar el etiquetado frontal; aspectos generales de implementación, implementación por tipo de envase, ubicación e iconografía, guía para los criterios de redondeo y criterios de implementación (Secretaría de Salud, 2016).

Distintivo nutrimental. De manera paralela a la obligatoriedad del etiquetado frontal se creará un distintivo nutrimental con estándares fijados por la Secretaría de Salud siendo concordantes con las mejores prácticas internacionales, en este sentido la propuesta es utilizar los criterios por el “Pledge” de la Unión Europea adaptándolos a los hábitos de consumo de la población mexicana. En el manual de etiquetado frontal nutrimental, se encuentra el apartado “Distintivo Nutrimental” donde su objetivo es mantener informada a la población sobre alimentos que promueven una alimentación balanceada y que cumplen con los criterios nutrimentales (Secretaría de Salud, 2016). Este distintivo es voluntario, dejando entre ver que cualquier solicitud es aceptada con una narrativa y que no es iniciativa de la COFEPRIS para tener un mercado libre de comida chatarrera. Ahora los criterios de Pledge, son varios, como: Libro Blanco de la Nutrición en España, Libro Blanco de la Nutrición Infantil en España, Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España; debiendo describir cuales criterios toma en cuenta para adaptarlos a la población mexicana y es incongruente que nos basemos en criterios de países con cultura diferente.

3.2 Publicidad

Ante la urgencia de proteger a los niños mexicanos en riesgo de desarrollar enfermedades no trasmisibles relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, se toman como medidas (Secretaría de Salud, 2013):

- a) Definir como horario de audiencia infantil, los siguientes:
 - I. Lunes a viernes 14:30 a 19:30 hrs.
 - II. Sábados y Domingos 7:00 a 19:30 hrs.
- b) Solamente podrán publicitarse, en horarios de audiencia infantil, aquellos productos que cumplan con los criterios nutricionales que para el efecto emita la Secretaría de Salud.
- c) De manera excepcional se podrá hacer publicidad de alimentos y bebidas en horarios de audiencia infantil siempre y cuando la audiencia no rebase el 35% de niños menores de 12 años o bien se trate de un programa televisivo como Telenovela, Noticiero, Películas y series no aptas para público infantil y Deportes. Aunque este último punto (Deportes) no es válido, ya que es contradictorio, además, porque el gobierno quiere que se involucren en los

deportes y lo toma como programa para adultos, siendo así que es ilógico, ya que los niños ven los deportes.

3.3 Política Fiscal

Para completar los esfuerzos regulatorios, se considera necesario utilizar la política fiscal, a través de la introducción de medidas impositivas (como impuestos) que permitan reducir el consumo de aquellos alimentos o bebidas que son considerados con un aporte energético significativo y no tiene nutrientes necesarios (Secretaría de Salud, 2013).

Estos puntos son muy ambiguos y solo sirven para regular a las empresas publicitarias en el área alimenticia. Sin realizar un cambio a fondo con las empresas que son las que distribuyen esos productos y las cuales busquen la forma de publicitar o dar a conocer su producto. Aunque si la restricción a la publicidad contribuye un poco, pues creo que el problema es desde las empresas y los productos que utilizan que no son saludables. Un ejemplo está en los supermercados donde se ofrecen las pruebas de los productos, es así, que las empresas no ocupan las agencias publicitarias, sino que llegan directamente al mercado en las grandes tiendas.

Conclusiones

En los capítulos anteriores se estableció que la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social y la Obesidad es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; causada por aumentar la ingesta de alimentos y no utilizar todos, además de la intervención de factores de riesgos ambientales, epigenéticos, psicológicos y sociales.

Además, que esta enfermedad, es detonante para que aparezcan otras afecciones como la diabetes, que al igual que la obesidad es un problema de salud en México, costeano mucho dinero al Sistema de Salud. Por lo que deben ser controladas de manera urgente y una de las medidas que se propusieron por el gobierno de México en el año 2012-2018, fue crear una estrategia.

Esta es, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes donde tiene una serie de propuestas para disminuir la epidemia de sobrepeso y obesidad, así como, las enfermedades que trae consigo como la diabetes mellitus tipo II, dislipidemias, enfermedades coronarias, hipertensión arterial. Teniendo una serie de antecedentes enfocados a la actividad física, disminución de azúcar, regulación en publicidad infantil; y que por falta de instrumentos que obligue y sancione a las dependencias gubernamentales participantes no han tenido un impacto significativo, es decir, esta estrategia solo se quedó en un papel para cumplir con autoridades internacionales como la OMS, ya que hasta hoy en día la epidemia sigue creciendo y que además una de sus grandes estrategias fue que en las escuelas de nivel básico, las “cooperativas” no se vendiera comida chatarra, pero no dejó fuera a las empresas refresqueras y de alimentos, porque solo se sustituyeron las cantidades de las presentaciones de jugos y/o néctares y galletas ofreciendo menos producto al mismo precio; cuando el verdadero cambio debió ser quitar por completo a estas empresas con sus dispensadores y ofrecer productos más naturales y así volver a las cooperativas, de las cuales solo queda el nombre, porque la mayoría son tienditas operadas por externos y dan una cuota a la escuela como renta. Además de esta acción, se

planteó el reforzar con la actividad física e inculcar nuevos estilos de vida donde se les impartiera clases de nutrición, en el sentido que sepan elegir al comer, y que esa elección sea la más saludable.

Adicional es una estrategia basada en un modelo médico-hegemónico y de estilos de vida, porque resalta la relación de poder médico-paciente y en factores de riesgo. Aunque presenta la palabra “empoderamiento”, utiliza mal el concepto haciendo referencia a *“desarrollar diplomados o cursos de especialidad en obesidad para generar líderes locales que puedan modificar su entorno”* cuando empoderamiento es que la comunidad se organice para analizar que lo enfermó, que necesita, cuáles son sus prioridades, buscando una solución integral; esto no quiere decir que no atiendan las enfermedades no transmisibles, pero si es entender la diferencia (Serrano García,1984).

Su parte medular son tres pilares: Salud Pública, Atención Médica, Regulación Sanitaria y Política Fiscal, donde cada uno cuenta con metas.

Salud Pública se parte en vigilancia epidemiológica, Promoción de la Salud y Comunicación Educativa y Prevención. Este pilar da a conocer la iniciativa de un observatorio, que no tiene fundamentos y variables medibles y veraces, por lo que, para una estrategia no puede ser permitible apenas averiguar cómo serán sus condiciones. La promoción de la salud la enfocan en un modelo de estilos de vida saludable, una alimentación correcta y balanceada, con ingesta calórica baja y con actividad física. En este punto se podría tener un panorama más amplio y distinto tomado en cuenta al Promotor de Salud, para generar un programa multisectorial, donde la comunidad, el gobierno, las empresas y demás organizaciones se comprometan en hacer un cambio verdadero y que no solo el sujeto tenga que realizar el cambio porque él es culpable de su enfermedad, siendo así la visión del sector salud, que el sujeto es obeso porque come alimentos chatarra y no realiza actividad física y no quiere cambiar, cuando la realidad de las cosas es que las empresas se han adjudicado el poder de decisión sobre lo que ofertará de productos en el mercado, manipulando leyes, normas y regulaciones, porque si en verdad se quisiera un cambio y disminuir el gasto sanitario, se obligaría a las empresas a ofrecer alimentos más saludables, a tener horarios más flexibles en las compañías y sobre todo a mejorar la calidad de vida de los sujetos.

Para el punto de la prevención se enfoca a, cuando el individuo adquirió la enfermedad y cuáles son los cuidados que debe seguir para no tener complicaciones y ser hospitalizado tan seguido, mas no hace la prevención de modificación de hábitos, de factores de riesgo; cuando el individuo todavía está propenso o no ha adquirido alguna enfermedad no trasmisible, por lo que sería una buena medida para bajar las tasas de morbilidad y mortalidad que es una de las partes que busca la estrategia.

El punto dos, de la parte medular de la estrategia es “Atención Médica”. Propone el acceso efectivo y calidad a servicios de salud, haciendo mención a incremento de capacidad e innovar la atención; cuando debe ser una constante con o sin epidemias, estando preparado ante situaciones de epidemia como maneja al “sobrepeso y la obesidad” y no comenzar de cero, a lo mejor no es que escoja las enfermedades que serán foco de atención, pero si el estar preparado para casos masivos, debiendo estar a la vanguardia en todas sus áreas.

En la “Mejora de las competencias y la capacidad resolutive del personal de salud” menciona: *tendrán un esquema formal de capacitación, aprovechando la convergencia tecnológica, cursos de acuerdo al perfil profesional y las funciones que realizan, continuo, de fácil acceso y apoyo académico (Secretaría de Salud, 2013)*. Es de gran importancia que durante el desempeño del trabajo tengan un apoyo de continuo aprendizaje, dando así las herramientas necesarias para actuar y sentirse competente, desarrollando la parte de la motivación y gusto a su trabajo. De gran importancia, sin distinción de área o función, es importante desarrollar la parte humanista, para tener una sensibilidad de los problemas que hoy en día se enfrentan, ya que, a pesar que trabajan con individuos, los expertos en salud, no tienen el tacto y la sutileza para manejar a un paciente, sino que los ven como la mercancía, y cuando esta ayuda es un derecho, trabajan enojados, como si se diera caridad, por lo que sí es de gran importancia esta parte humanista.

Para el apartado “2.5 Garantía de abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro” busca mejorar la eficiencia, efectividad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud. Es un tema de gran importancia y de suma responsabilidad, ya que como sabemos hoy en día un gran problema es el desabasto de medicamentos, sobre todo los indispensables

para la estabilización de un paciente con hipertensión, diabetes mellitus, arteriosclerosis, entre otros y que sus ingresos no son suficientes para que se pueda abastecer en farmacias particulares y dependa del Seguro Social. Para las pruebas de laboratorio, se tiene que buscar equipo a la vanguardia, para cumplir con la demanda de pacientes, ya que las citas se dan alrededor de 3 meses, por lo que es perjudicial para el paciente y un diagnóstico incierto. Teniendo una gran tarea en el cumplimiento de este punto, para agilizar la atención médica y que en verdad cumpla con su meta.

La investigación que maneja la estrategia, está enfocada a lo científico, donde, busca la etiología de las enfermedades metabólicas, a través de estudios bioquímicos y antropométricos, creando un biobanco para tener un registro nacional, que es una gran propuesta, que debe ser impulsada lo más pronto posible. Pero deja de lado las investigaciones sociales y psicológicas, que también son de gran importancia, ya que no hay que olvidar que no es un tema aislado donde solo la práctica médica tiene participación, sino que también lo social como: la pobreza, el acceso a la información, educación, economía, la depresión y hasta la falta de amor propio; abriendo nuevos panoramas para tener una visión multidisciplinaria y poder atacar la epidemia por todos los lados posibles.

Para el eje rector “Regulación Sanitaria y Política Fiscal” se habla de hacer cambios en el etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas al público infantil. Donde, el etiquetado que propone es difícil de leer, más si va dirigido a niños y a padres cuyo interés es trabajar para mantener una familia, en pocas palabras, familias con escasos recursos o en situación de pobreza, las cuales su prioridad es alimentar a su familia y como son alimentos que están ofertables en el mercado pues son de calidad y nutritivos, porque la publicidad así lo da a entender; por tanto el etiquetado que se imprima en los empaques no serán de gran utilidad para decidir si es o no nutritivo, si realmente no se tiene una educación alimentaria sin distinción de estatus, haciendo que esta propuesta está mal dirigida y hasta podría ser discriminatoria.

Ante el tema de publicidad lo maneja muy escaso, dando a conocer el horario de audiencia infantil y la excepción de hacer publicidad, y que en este punto tiene una debilidad, ya que propone en horario deportivo pasar publicidad de comida chatarra

como lo sano que da energía y te hace ganador aunque por otro lado hace pensar que los niños no ven los deportes, ya que plantea que puede hacerse publicidad siempre y cuando la audiencia infantil no exceda el 35%; ahora quien garantiza que no se exceda el porcentaje o por ejemplo en los partidos de futbol o mundiales, la audiencia es demasiada en niños. Ahora bien, deja la gran inquietud del porque no se compromete y hace un cambio verdadero que obligue a las empresas alimenticias a tener una mejor calidad en sus productos y una publicidad honesta. Si es un tema de importancia para la disminución de las enfermedades no trasmisibles, y que además lo maneja como eje rector, es decir, una prioridad.

Por todo lo anterior, es una estrategia con buenas propuestas pero con muchas mejoras, compromisos reales y falta de puntos de vista integrales, para poder atacar todos los sectores posibles, y así cumplir con la multisectorial, una de las propuestas es que se aborde desde la perspectiva real de Promoción de la Salud, para ampliar el enfoque con el que se desarrolla y tener propuestas contundentes, radicales y con impacto positivo, logrando las metas que se propone y no solo quedar en un documento de cumplimiento gubernamental e internacional.

Es así que, si se empiezan a realizar hacer Documentos con más carácter, obligatoriedad, interdisciplinarios e incluyentes, a tener un servicio de salud accesible y humano, con tecnología de vanguardia, enfocados al beneficio de los individuos, se tendría una población sana, motivada a ser ejercicio y con mejor calidad de vida.

Referencias

- (2010). *Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles*. México: Diario Oficial.
- Aguilar Astorga, C. R., & Lima Facio, M. A. (01 de Septiembre de 2009). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado el 2018 de Julio de 16, de ¿Qué son y para que sirven las políticas Públicas?: www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm
- Arcila Martínez, D., & Arizmendi Rodríguez, R. (01 de Mayo de 2016). Boletín CAIPaDi. *Modelos de Empoderamiento y su efecto en el control metabólico*. México, México, México: Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes.
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la Psicología comunitaria. En S. Buelga, *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar* (págs. 154-173). Zaragoza: Universidad Zaragoza.
- Carrera, B., & Mazzarella, C. (2001). Vygotsky: Enfoque Sociocultural. *Educere*, 41-44.
- Carta de Ottawa, & OMS. (21 de Noviembre de 1986). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 19 de Abril de 2018, de Conferencias: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud*. (23 de Julio de 2013). Recuperado el 11 de Mayo de 2018, de 8a. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/23/8a-conferencia-mundial-de-la-salud/>
- Centro de Recursos de Promoción y EpS*. (10 de Enero de 2017). Recuperado el 11 de Mayo de 2018, de 9a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/tag/conferencias-mundiales/>
- Costero, C. (2004). Fundamento de Anatomía Patológica. En C. Costero, *Fundamento de Anatomía Patológica* (pág. 106). México: Méndez Editores.
- COSTERO, C. (2004). Fundamento de Anatomía Patológica. En COSTERO, *Fundamento de Anatomía Patológica* (pág. 106). México: Méndez Editores.
- (2018). *El Fin del ANASA y la Necesidad de una Ley Integral de Cobate a la Obesidad*. México: El poder del Consumidor.

- Elejalde Calderón, M. (S/F). *Ilustrados*. Recuperado el 28 de Mayo de 2018, de Principales enfoques que han dominado la Promoción de la Salud y su practica de Enfermeria Comunitaria: <http://www.ilustrados.com./tema/13043/Principales-Enfoques-dominado-Promocion-Salud-influencia.html>
- ENSANUT. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. México: Secretaria de Salud.
- Estilos de Vida Saludable*. (s.f.). Recuperado el 12 de Junio de 2018, de Doktuz: <https://www.doktuz.com/wikidoks/prevencion/estilos-de-vida-saludable.html>
- Fernández Gianotti, T., & José Pirola, C. (16 de Octubre de 2014). *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342015000100006
- FREEDMAN , D. (2011). Combatir la Obesidad. *InvestigaciónyCiencia.es*, 25-33.
- Freedman, H. D. (2011). Combatir la Obesidad. *InvestigaciónyCiencia.es*, 25-33.
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M., Macias Ladino, A., Valencia Garcés, C., & Palacio Rodríguez, S. (28 de Abril de 2010). La Promoción de la Salud como Estrategia para el fomento de Estilos de Vida Saludables. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, 128-143. Recuperado el 2018 de 04 de 19, de La Promoción de la Salud como Estrategia para el fomento de Estilos de Vida Saludables: www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf
- González Barranco, J., Gomez Santos, M., & Chavarría Arciniega, S. (2004). Fisiología de la Obesidad. En J. Gonzalez Barranco, *Obesidad* (pág. 53). Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Islas Andrade, S. A., & Revilla Monsalve, M. C. (2010). Tópicos en enfermedades Metabólicas. En S. A. Islas Andrade, *Tópicos en enfermedades Metabólicas* (pág. 24). México: Alfil.
- Jimenez Sánchez, G., Silva Zolezzi, I., & Hidalgo y Santiago March, A. (2008). La medicina genómica en México: Los primeros pasos u el camino por recorrer. *Genome Research*, 1191-1198.
- L. Menendez, E. (30 de Abril de 1988). Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. *Modelo Medico Hegemónico y Atención Primaria*. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

- L. Menendez, E. (01 de Enero de 2005). *Scielo*. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores: www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf
- (2011). *Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores*. México: Camara de Diputados.
- Lucci, M. (2007). La Propuesta de Vygotsky: La Psicología Socio-Historica. *Profesorado*, 11.
- Lujambio Irazábal, A. J., & Córdova Villalobos, J. Á. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*. Méxcio: Diario Oficial de Federación.
- Maldonado Saavedra, O., Ramírez Sánchez, I., García Sánchez, J. R., & Ceballos Reyes, G. M. (S/D de Abril-Junio de 2012). *SciELO*. Obtenido de Revista mexicana de ciencias farmacéuticas: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952012000200002&lng=es&nrm=iso
- Meseguer, L. (19 de Junio de 2007). *Definiciones de la OMS*. Recuperado el 08 de Mayo de 2018, de <http://www.lr21.com.uy/comunidad/262507-definiciones-de-la-oms>
- Miguel Soca, P. E. (20 de Junio de 2009). *scielo*. Recuperado el 11 de Marzo de 2015, de scielo: <http://scielo.sld.cu>
- Moreles, A., & Marti, A. (01 de Agosto de 2014). *ResearchGate*. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de ResearchGate: <https://www.researchgate.net/publication/242710050>
- NIH, National Heart, Lung, and Blood Institute. (s.f.). *National Heart, Lung and Blood Institute*. Recuperado el 05 de Mayo de 2018, de National Heart, Lung and Blood Institute: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/aterosclerosis>
- OMENT. (27 de Diciembre de 2016). *Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado el 12 de Abril de 2018, de Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles: <http://oment.uanl.mx/ultimas-cifras-de-diabetes-en-mexico-ensanut-mc-2016/>
- OMS. (29 de 02 de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 29 de Marzo de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- OMS, *Carta de Bangkok*. (Agosto de 2005). Recuperado el 11 de Mayo de 2018, de Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

- OMS, *Carta de Nairobi*. (30 de Octubre de 2009). Recuperado el 11 de Mayo de 2018, de 7th Global Conference on Health Promotion: www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_sp.pdf
- ONU. (2011). *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. ONU.
- (2014). *Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enefermedades No Transmisibles en las Americas 2013-2019*. EUA: OMS.
- Promoción y Educación para la Salud*. (29 de Julio de 2013). Recuperado el 11 de Mayo de 2018, de Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>
- Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). Conceptos y Definiciones. En H. Restrepo, & H. Málaga, *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* (pág. 27). Bogotá, Colombia: Medica Internacional LTDA.
- Rodríguez Beltran, M. (14 de Junio de 2009). *Empoderamiento*. Recuperado el 19 de Abril de 2018, de Empoderamiento y promoción de la salud: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
- Rodríguez Beltran, M. (14 de Junio de 2009). *Empoderamiento*. Recuperado el 19 de Abril de 2018, de Empoderamiento y promoción de la salud: www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf
- Ruis Lopez, D., & Cadénas Ayala, C. E. (01 de Junio de 2003). *IUS Revista Jurídica*. Recuperado el 2018 de Julio de 18, de ¿Que es una Política Pública?: www.unla.mx./iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm
- Sánchez Barrera, R. G., Munguía Miranda, C., & Hernández Saavedra, D. (S/D de Septiembre-Octubre de 2008). *SciELO*. Obtenido de Salud Pública de México: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500010&lng=es&nrm=iso
- Secretaria de Gobernación*. (s.f.). Recuperado el 2018 de Mayo de 08, de II Conferencia Internacional sobre Pormoción de la Salud: www.promoción.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_reomendaciones_de_Adelaide.pdf

Secretaria de Salud. (02 de Febrero de 2016). Manual de Etiquetado Frontal Nutricional. *Manual de Etiquetado Frontal Nutricional*. México, México, México: SS.

Secretaria de Salud Federal de México. (1983). Recuperado el 21 de Mayo de 2018, de Ley General de Salud: www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Secretaria de Salud. (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. Mexico: IEPSA.

Villar Aguirre, M. (28 de Abril de 2011). *Artículo de Opinión*. Recuperado el 29 de Mayo de 2018, de Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención: www.scielo.org.pr/pdf/amp/v28n4/a11.pdf

ZIMMET P, M., ALBERTI K, G., & SERRANO RIOS, M. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: Fundamentos y Resultados. *Revista Española de Cardiología*, 1371-1494.

Zimmet, P., MM Alberti, K. G., & Serrano Ríos, M. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: Fundamentos y Resultados. *Revista Española de Cardiología*, 1371-1494.