



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**“LA OBESIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, REFLEXIONES DESDE
EL MARCO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN”**

E N S A Y O

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN COMUNICACIÓN

PRESENTA

JUDITH NEGRETE MÉNDEZ

DIRECTORA DE ENSAYO

MTRA. MARTHA ISABEL ÁNGELES CONSTANTINO

TOLUCA, MÉXICO, MAYO 2010.



INTRODUCCIÓN

La obesidad ha sido catalogada como un problema de salud pública desarrollado a tal grado que es considerada ya como una epidemia que amenaza con extenderse entre un mayor número de personas si no se actúa de manera inmediata en la generación de estrategias y programas que instruyan a la población en el cuidado de su salud y por ende, en la disminución de los riesgos que ésta implica.

La preocupación en torno a dicha enfermedad, radica en las complicaciones que de ella emanan y de la predisposición que genera en los individuos para el padecimiento de enfermedades del mismo tipo, es decir, crónico-degenerativas, como la diabetes y la hipertensión.

Algunos especialistas coinciden en que el problema se agrava debido a que no existe una cultura del autocuidado de la salud, lo que nos lleva a pensar que “unos kilitos de más no representan un riesgo para la salud”, si de cada diez personas que padecen la enfermedad sólo una acepta que tiene un problema de salud, imaginemos que tan urgente es capacitar a la población en el cuidado de su cuidado.

Definir a la salud, involucra hablar de un término dinámico, que cambia en su acepción, dependiendo del momento y contexto en el que se le refiera, ha evolucionado de ser considerada como la simple ausencia de enfermedad, a ser considerada como parte de un proceso con implicaciones sociales, culturales, biológicas e incluso políticas.

A raíz de la detonación del problema de la obesidad en México, se ha tornado necesario generar una serie de estrategias que involucran no sólo a los responsables de la elaboración de programas encaminados al cuidado de la salud, sino a diversos actores sociales, llámense empresarios, académicos, funcionarios públicos y organizaciones civiles. Quienes preocupados por el problema se enfocaron en la creación del *Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. En él se han formulado una serie de líneas de acción con las que se pretende desacelerar la prevalencia de esta enfermedad.

Estas líneas de acción, han sido pensadas a partir de estrategias con las que se pretende generar un cambio en la conducta de las personas, no sólo de manera individual sino colectiva.

La principal herramienta con la que se pretende trabajar sobre este problema de salud pública, radica en proporcionar a los individuos los conocimientos y la información necesaria que los conduzca a un cambio de hábitos alimenticios y de actividad física, que tenga como resultado una mejor calidad de vida para la población.

Al implicar tópicos como información y cambio de hábitos y conductas, estamos refiriéndonos necesariamente a la comunicación, enfocada en la promoción de la salud. Por ello resulta de suma importancia abordar el tema desde un punto de vista académico para generar un análisis que nos permita conocer las implicaciones de la comunicación y la promoción de la salud en la atención de un problema de salud pública como el de la obesidad y el sobrepeso.

La promoción de la salud, es un componente esencial en el diseño de cualquier programa que busque incidir de manera directa en el cambio de hábitos de las personas y por ende de su conducta. Además, es necesario que los programas de salud encaminados a generar cambios de hábitos y conducta en la población, cuenten con una base pensada desde el ámbito de la comunicación para la salud, diseñada a partir de las características socioculturales de la población a la que se dirigen.

El objetivo de este ensayo se centra en hacer una reflexión acerca de la obesidad como problema de salud pública desde el marco de la promoción de la salud y la comunicación y apuntar ideas para la intervención.

El presente trabajo está integrado por cinco apartados. En el primero de ellos, denominado *Salud/Enfermedad. De la educación para la salud a la promoción de la salud*, se define a la salud a partir de algunos documentos oficiales que se han generado a raíz del interés de promoverla; además, se aborda como parte de un proceso que involucra a la enfermedad y a los factores sociales, culturales,

biológicos que la terminan. Además se aborda a la promoción de la salud como una de las principales vertientes de la nueva salud pública, para ello, se hace referencia a la educación para la salud, con lo cual se busca generar parámetros que nos permitan diferenciarlas y ubicarlas en sus respectivos contextos.

En el segundo apartado *Obesidad como problema de salud pública: un panorama desde México y el mundo*, se hace referencia a algunas cifras que ilustran claramente el incremento de la prevalencia de la enfermedad entre la población mexicana, así como a los que han sido identificados como principales detonadores de la enfermedad.

En el tercer apartado, *Comunicación y promoción de la salud: elementos para la intervención en salud*, se aborda a la comunicación social como una de las principales herramientas para la promoción de la salud; asimismo se establecen algunos elementos que deben de ser tomados en cuenta para la elaboración de estrategias de promoción de la salud.

La cuarta parte contiene algunas de las acciones que dependencias del gobierno federal están implementando como parte de los programas con los que buscan combatir la incidencia de la obesidad y el sobrepeso. De igual forma se incluye una reflexión basada en investigaciones hechas en otros países con respecto a la incorporación de la salud como parte de los programas escolares y es a partir de estas investigaciones que se realiza una propuesta que permita un mayor impacto de los programas creados para la promoción de la salud.

En el quinto y último apartado: *Apuntes para una propuesta de intervención en salud*, se realiza un recuento de los tópicos abordados en este ensayo, a partir de los cuales se realiza una serie de anotaciones sobre las implicaciones de la salud y los procesos que de ella surgen como la promoción de la salud.

I. SALUD/ENFERMEDAD. DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Para el desarrollo de este trabajo, es necesario hacer referencia a un concepto que bien puede ser definido como una noción en constante cambio y evolución, dependiente del contexto social, económico, político y biológico en el que se le estudia: la salud.

De ésta podemos encontrar tantas acepciones como variedad de estudiosos hay sobre el tema, cuya constante ha sido su estrecha relación con la enfermedad,

Tal como lo describe Márquez:

Es común que la gente defina la salud como la ausencia de enfermedad: como si en ella estuviera arraigada la idea de una vivencia fugaz dentro de una secuencia continua de padecimientos [...]. No en vano Henri-Francois Becque opina que La libertad y la salud son condiciones semejantes: el hombre sólo percibe su presencia cuando están ausentes (2000: 324 en Vega: 2002: 259).

Si se estudia a la salud en su estrecha relación con la enfermedad, más que reducir sus implicaciones y significados, estamos clasificándola como parte de un proceso que se mantiene constante “dentro de una escala gradual, apareciendo el calificativo de sano o enfermo para un individuo o grupo con fines prácticos ante una determinada situación o relación social” (Alcántara, 2008: 105), dicho proceso está integrado no sólo por la enfermedad, incluye conjuntamente a la atención que se necesita y que funge en este caso como vehículo de tránsito, pues “ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante” (Alcántara, 2008: 103).

En la atención es posible identificar una parte esencial del proceso que está determinado por la percepción de los individuos y que se encuentra mediada por el contexto sociocultural de cada persona así como por las condiciones de vida:

La percepción de estar enfermo no sólo pasa por la posibilidad de identificar el problema sino también, y muy especialmente, por la posibilidad de estar enfermo. Este último aspecto depende fundamentalmente de los roles sociales que desempeñe el sujeto, así como del lugar que ocupe la salud en su vida cotidiana (Kombit, 2000 en Sacchi, 2007: 272).

Esta noción muestra claramente a la salud en su estrecha relación de dependencia con la enfermedad, pero además identifica claramente la determinante socio-cultural de dicho proceso. De ahí que la salud no pueda ser estudiada de manera aislada y resulte conveniente enmarcarla en un contexto no sólo biológico, sino social, cultural y económico, pues el proceso salud-enfermedad, surge como resultado de la interrelación de estos en un determinado momento.

La salud es concebida y por lo tanto determinada en dos dimensiones, una individual y otra social, “Parsons, [...] conceptúa la salud como el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas en los que ha sido socializado; [...] trató la relación de la personalidad y el organismo, por un lado, y del sistema social y cultural por el otro; pero los contemplaba en una interacción sistémica particular” (Moreno, 2007:67). El cuidado o la búsqueda de la salud están acotados no sólo por la experiencia de los individuos, en dicho proceso entra en juego también el contexto que la determina.

El contexto, elemento fundamental si queremos hablar de salud, puede ser analizado a partir de tres dimensiones, tal como lo propone Castellanos:

[...] el *estilo de vida*, que corresponde al nivel individual, a las decisiones que cada quien toma como persona y sobre las cuales tiene una responsabilidad y conciencia directa, [...] hábitos o costumbres aprendidas mediante el proceso de socialización; las *condiciones de vida*, [...] hace referencia a las prácticas de los diversos grupos sociales, [...]; y el *modo de vida*, que abarca al conjunto de la sociedad, que resulta de la confluencia del medio natural o las condiciones ecológicas, el sistema económico, el régimen político, la cultura y la historia (1998 en Alcántara, 2008: 104).

En conjunto estos tres factores determinan de manera contundente la percepción que los individuos tienen de la salud. Si se toma en cuenta que estos tres

determinantes son parte del contexto en el que se desenvuelven los individuos podemos decir que la manera en la que cada uno resuelva los problemas que se le presentan, dependerá “de la interacción de las dimensiones biológicas, económicas, ecológicas y de conciencia y conducta” (Sánchez, 2004: 28).

De lo anterior podemos desprender que la salud en su estrecha relación con la enfermedad “es un fenómeno complejo que va más allá de su dimensión biológica; es decir, que deriva de un conjunto articulado de procesos culturales y políticos, cuyo sentido conlleva una carga de connotaciones sociales” (Moreno, 2007:66).

En este entendido, algunos investigadores han propuesto el abordaje multidisciplinario de la salud, el cual permitiría generar evidencias más allá de la dimensión biológica del fenómeno y por ende el tratamiento integral de los fenómenos relacionados con la salud, tal como lo describe Norma González: “trabajar exclusivamente con evidencias biológicas; o bien, con datos, con fórmulas matemáticas, con variables sanito-demográficas, no hace sino seguir encubriendo el rostro centralmente humano de los problemas de salud” (2007a: 270).

Más allá de los determinantes biológicos de la salud, una perspectiva social nos permite conocer cuáles son los principales factores que intervienen en las decisiones de los individuos frente al proceso salud-enfermedad. Al respecto, Sacchi apunta: “la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida que influyen en la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico” (2007: 280).

La percepción que tiene cada individuo acerca de su propia salud, depende de manera directa de sus necesidades dado que “la preocupación cotidiana por satisfacer necesidades primarias desplaza la posibilidad de percepción de un problema de salud, [...] en un contexto donde no hay garantía de ingreso diario [...] este hecho determina que lo económico sea el problema prioritario a resolver” (Sacchi, 2007: 277).

Además de estas nociones que se han ido construyendo a partir del estudio de los determinantes de la salud, encontramos definiciones formales que se derivan de la necesidad de generar criterios universales que permitan crear un referente para conocer el estado de salud de los individuos en diferentes contextos, no sólo locales sino globales.

Uno de ellos es el que la Organización Mundial de la Salud plantea en 1948 y mediante el cual le confiere la categoría de un bien en sí mismo, más allá de la ausencia de la enfermedad, es entonces que se le define como “el perfecto equilibrio físico, mental y social” (Enria y Stanffolani: 2005, 336).

Posteriormente, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, mejor identificada como Alma-Ata y llevada a cabo en 1978, tres décadas después, se ratifica a la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, [...] cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (PAHO, 1999).

El principal aporte de esta declaración, se encuentra en el papel que le otorga a la atención primaria como la asistencia sanitaria fundamental responsable de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver los problemas de salud. Es entonces cuando surge la necesidad de modificar el perfil del personal de la salud,

[...] potenciando el contacto profundo con los pacientes a su cargo, remarcándose la continuidad en la asistencia prestada. Se enuncia la necesidad de mudar el objeto de trabajo, desde la salud individual al de la salud colectiva, al trabajo en equipos interdisciplinarios en centros de salud y el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, potenciando decididamente las capacidades docentes y de investigación propias del sistema sanitario (Enria y Stanffolani, 2005: 341).

Cabe destacar la inclusión de los individuos como agentes activos en el desarrollo de la salud, ya no sólo existen para el sector en la medida en que padezcan una enfermedad y en consecuencia requieran de la atención médica, sino por su

capacidad de intervenir no sólo en la salud propia, también en la de los que les rodean pues como bien lo afirman Baena y Montero, “es importante tomar en cuenta la influencia, a veces decisiva, que ejercen familiares y amigos sobre la enfermedad del paciente, quienes en ocasiones [...] pueden representar, incluso, serios obstáculos para una toma de decisiones adecuada y oportuna” (1989: 10).

Sin lugar a duda, otro momento que marca un punto de referencia para definir a la salud, es la Conferencia de Ottawa en 1986, ésta suscribe un nuevo paradigma: la promoción de la salud, definida como el “proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla” (Neira y Cano, 2000: 9). Su cuidado no sólo se deja en manos del sector salud, además, se busca involucrar de manera activa a los individuos, capacitándoles en el desarrollo de sus habilidades.

Al hablar de promoción y prevención en el campo de la salud, es necesario referirnos a acciones desarrolladas desde ámbitos muy diversos que van más allá del área médica. Dichas acciones tienen que ir encaminadas a intervenir de manera directa en la calidad de vida de las personas y por consecuencia, en el estado de salud de la población. Al respecto, resulta ineludible hacer un apunte sobre las implicaciones teóricas y prácticas de la promoción de la salud, aspecto que nos ocupa más adelante.

Es así que “la idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos” (Alcántara, 2008: 95). Es decir, depende del “entorno social inmediato donde la religión, la infraestructura médica, el nivel socioeconómico familiar y las prácticas como las tradiciones son determinantes en la concepción de la salud” (Ángeles y Cornelio, 2008: 149). Sus diversas implicaciones nos permiten constatar que éste no es un concepto aislado, y que para estudiarlo se requiere analizar referentes mucho más complejos. La salud como fenómeno, “requiere de la intervención de otras disciplinas, como las ciencias sociales, para establecer análisis, síntesis y diagnósticos más acertados y con mayor utilidad explicativa” (Alcántara, 2008: 100).

Como resultado, por lo menos en el ámbito teórico, la salud ha dejado de ser concebida como una competencia sólo del área médica, pues se le asocia de manera directa con el entorno; por ende, su promoción no sólo depende del fomento de hábitos saludables, entonces se determina que “el concepto de salud, como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, y que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, coincidiendo así con la nueva orientación de la salud pública” (Vega, 2000:9-10).

Una vez esbozado el proceso salud/enfermedad, para el objetivo de este trabajo es necesario hacer referencia de manera particular a las enfermedades crónico-degenerativas.

Si recurrimos a la definición que de éstas da la Organización Mundial de la Salud – OMS–, las encontraremos identificadas como “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (OMS, 2009). Esta parece ser una definición muy concreta y general, sin embargo al analizarla podemos encontrar implicaciones muy particulares.

Al ser enfermedades de progresión lenta, se dificulta su detección pues cuando los padecimientos comienzan a manifestarse, generalmente es porque la enfermedad se encuentra avanzada, es por ello que el diagnóstico y la detección oportuna de este tipo de enfermedades se torna complejo (Lopategui, 2000) debido a las propias características de este tipo de enfermedades que “tienden a afectar y debilitar al paciente de forma gradual, sobre todo si no son objeto de un control correcto” (OMS, 2009).

Como enfermedades de larga duración, ocasionan un considerable gasto financiero que afecta no sólo a la persona que la padece, incluye además de manera directa a la economía familiar. De manera general “se suele considerar que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas de edad, pero actualmente sabemos que casi la mitad de las muertes por enfermedades crónicas se producen prematuramente” (OMS, 2009), por lo tanto este tipo de enfermedades afectan también a individuos en edades productivas.

Las enfermedades crónico-degenerativas se caracterizan principalmente por la destrucción progresiva de los tejidos, esto interfiere con la capacidad del cuerpo de funcionar de manera óptima, lo cual tienen serios efectos en la calidad de vida de las personas que las padecen.

Se considera que estas enfermedades son el resultado de cambios sociales y económicos que derivan en la adopción de nuevas formas de vida caracterizadas principalmente por hábitos inapropiados como una alimentación poco sana y la inactividad física. A estos elementos hay que agregar los factores genéticos de naturaleza hereditaria (Lopategui, 2000).

De manera casi general se cree que las personas que desarrollan una enfermedad crónico-degenerativa la padecen como consecuencia de hábitos inapropiados, sin embargo “la responsabilidad individual sólo puede ejercerse plenamente cuando los individuos gozan de acceso equitativo a una vida sana y disponen de apoyo para tomar decisiones saludables” (OMS, 2010). Al analizar el origen de las enfermedades crónicas es importante tomar en cuenta los factores de tipo económico, social y cultural en los que se desenvuelven las personas que las padecen, cuyas consecuencias van más allá de la salud individual, pues tienen efectos a nivel social.

Las enfermedades crónicas tienen mayores implicaciones que aquellas de naturaleza transitoria; las primeras requieren modificaciones permanentes en la forma de vida del individuo, quien “adecuándose a su contexto socio-familiar tomará la decisión de transformar su cotidianidad y las formas de interacción a partir de sus hábitos alimenticios, de la reorganización de su actividad laboral, social y familiar [...] o bien ignorará su estado físico” (Ángeles, 2007: 107). Este tipo de enfermedades “altera definitivamente la vida cotidiana de quienes la padecen y los de su entorno social más inmediato, esta se convierte en una vivencia humana no sólo subjetiva sino intersubjetiva” (Tinoco, 2008: 41).

Debido a la característica asintomática así como la capacidad de adaptación y tolerancia del organismo en el origen de la enfermedad, las personas que las

padecen “piensan que están bien y no se sienten obligados a realizar los cambios que les solicitan como acudir a consulta periódicamente, tomar sus medicamentos y cambiar sus hábitos alimenticios” (Ruiz, 2006:26).

El tratamiento de estas enfermedades requiere de la transformación de costumbres y hábitos surgidos como resultado de la práctica cultural diaria, la persona se enfrenta a la “resimbolización de sus formas de vida y que se manifiesta como la contraposición de todo lo que ha sido, comido y vivido; de tal forma que su mundo se convierte en todo lo que no era” (Ángeles, 2007: 98). Es decir, se tienen dos alternativas: reconstruir la realidad o ignorarla.

“El control de este tipo de enfermedades involucra un proceso educativo para entender la enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, [...] además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad; requieren mayores tiempos de consulta y la participación de diversos profesionales de la salud” (Córdova, 2008:421).

Ya identificados los factores que convergen en el proceso salud- enfermedad, así como sus implicaciones no sólo en la salud sino en el desarrollo integral de los individuos, se torna necesario abordar el surgimiento del llamado “nuevo paradigma de la salud pública” (Sanabria, 2007: 1) la promoción de la salud.

Para abordar la promoción de la salud, es preciso referirnos a la estrecha relación que guarda con la educación para la salud, lo cual nos permitirá identificar las implicaciones de cada una de ellas.

Para Aliaga:

La promoción de la salud pone de relieve la consideración de que la salud hay que entenderla como una realidad social compleja y como un proceso social-político y no circunscrita sólo a una atención médica reparativa. [...] la promoción de la salud trata de romper con el paradigma biomédico aún existente, y acercarse más al nuevo paradigma emergente [...] enmarcado en un enfoque de desarrollo y de derechos humanos, en donde se asumen responsabilidades compartidas entre la ciudadanía y el Estado (2003: 7).

En la Conferencia de Ottawa de 1986, “la promoción de la salud se 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, 2008:5). La definición de promoción de la salud, ha sido objeto de análisis por parte de investigadores interesados en estudiar sus implicaciones y los efectos que dicho paradigma tiene no sólo en el ámbito de la salud, sino en el contexto social, político, cultural y económico en el que se enmarca la vida de los individuos.

Aliaga considera que la promoción de la salud “constituye un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud” (2003:7).

Para comprender las implicaciones de la promoción de la salud, resulta ineludible abordar el concepto de la educación para la salud, ésta surgió con el objetivo de

[...] educar a la población para prevenir las enfermedades [...] ya que de la restauración se hacen cargo los sectores de asistencia y rehabilitación. La acción educativa recae sobre el individuo, al que se le intenta instruir sobre la nocividad de ciertos comportamientos, con el objeto de que modifique su vida hacia hábitos más saludables (Gavira, 1993: 290).

Desde esta postura, Enria y Stanffolani identifican que en la educación para la salud, se parte de un principio que indica la existencia de “un saber «verdadero», producido y custodiado por la comunidad científica que debe ser «inculcado» a la comunidad ignorante” (2005: 345-346).

Para abordar a la educación, se le ha dividido en paradigmas, Paulo Freire propone dos: “la concepción bancaria de la educación [...] es el acto de depositar, de transferir, de transmitir valores y conocimientos. La concepción problematizadora [...] es una educación que libera” (Rodríguez, 2008:8).

La educación liberadora se caracteriza por la reflexión, el cambio y la acción a partir de la realidad, para lo cual valora la experiencia y la cultura popular, pretende generar una conciencia crítica por medio del diálogo con el educador. Es opuesta a la educación bancaria (Rodríguez, 2008).

Si partimos de estos paradigmas, a la educación para la salud la podemos dividir en tres tendencias principales: la primera considera a los individuos como ignorantes a quienes hay que capacitar para el desarrollo de habilidades que les permitan enfrentar los problemas de salud a través de la modificación de hábitos; la segunda pretende ampliar la conciencia de los individuos fomentando conductas asertivas que le permitan modificar su entorno; la tercera se enfoca en la promoción de la participación de los individuos en la planeación, conducción y administración de los programas de salud (Arenas, 1998).

Bjarne Bruun Jensen propone dos grandes paradigmas que podemos equiparar con el de la educación bancaria y el de la educación problematizadora. El primero, el moralista, reproduce los discursos del enfoque biomédico de la salud, “Jensen considera que el paradigma dominante es el causante de las condiciones de desigualdad e inequidad en el acceso a [...] la salud” (Di Leo, 2009: 382).

El paradigma democrático involucra la participación activa de los individuos, se le otorga a la educación un sentido constructivo basado en las experiencias y conocimientos de los individuos, dispuestos a participar en las actividades de educación para la salud y a llevar a cabo “acciones concretas dirigidas al cambio de las condiciones socio-estructurales y personales identificadas como límites para el bienestar” (Di Leo, 2009: 385).

En el ámbito de la promoción de la salud, Aliaga considera que existe desconocimiento de su marco conceptual “se tiende a asociarla con acciones de información, educación y comunicación y a ligarla solo a lo que es la prevención de la enfermedad” (2003: 7).

La promoción de la salud debe brindar a los individuos la capacidad de ejercer control sobre los determinantes de la salud, “privilegia la ciudadanía activa a

través de la participación social y el empoderamiento del individuo y de la comunidad” (Aliaga, 2003: 7). Para que se dé la promoción de la salud de manera efectiva, individuos y comunidades deben poder ejercer el derecho de tomar sus propias decisiones (OPS/OMS, 2006: 9).

Dicho empoderamiento permite a las personas “cuestionar las estructuras sociales, económicas y políticas que causan y sostienen las desigualdades sociales y de poder” (Rodríguez, 2008:4). El cuestionamiento surge a partir de las propias experiencias y conducen de la reflexión a la acción, es decir, a un proceso de concientización que le permite tomar decisiones.

Como resultado de las múltiples implicaciones que los individuos tienen en la promoción de la salud, así como por la manera en la que ha sido ejercida, Chapela, identifica cinco modalidades o interpretaciones de la promoción de la salud: mercantil, oficial, popular, empoderante, emancipatoria y ciudadana (2008:98).

La Promoción de la Salud Mercantil (PSM), al igual que la Promoción de la Salud Oficial (PSO) “promueven la culpabilidad, la cultura del riesgo y la compra de la curación, ofreciendo lo que no pueden proporcionar” (Chapela, 2008: 103).

En cambio, la Promoción de la Salud Popular (PSP), Promoción de la Salud Empoderante (PSEp), Promoción de la Salud Emancipatoria (PSE) y Promoción de la Salud Ciudadana (PSC), “consideran que una PS eficiente es aquella que construye ciudadanos y ciudadanía” (Chapela, 2008: 106). Estas modalidades de promoción de la salud, ubican a los individuos como agentes activos en el cuidado de su salud, capaces de generar cambios a nivel social que desemboquen en el desarrollo de su propia salud.

Con lo aquí expuesto brevemente, queda claro que la salud tiene implicaciones que van más allá del terreno médico, al involucrar a los individuos en relación con su entorno y con todos los diversos factores que en ellos influyen. Ahora bien, valdría la pena preguntarnos si realmente la salud o mejor dicho los programas

encaminados a su promoción, son un campo en el que convergen estudios e investigaciones no sólo de carácter médico, sino multidisciplinario.

En la promoción de la salud requiere de la participación de profesionales de diversas disciplinas, investigadores, docentes y personal operativo de la salud pública que contribuyan al fortalecimiento de las capacidades individuales, colectivas e institucionales (OPS, 2006).

Como herramientas de la promoción de la salud “se encuentran las políticas públicas, los entornos saludables, la comunicación social, la participación comunitaria y la educación para la salud” (OPS, 2006: 34). Políticas públicas elaboradas a partir de una visión plural y no de sector; comunicación social basada en la formación de redes de información; participación comunitaria fundamentada en el desarrollo de habilidades individuales; educación para la salud entendida como un proceso de construcción del conocimiento.

La promoción de la salud requiere de un concepto amplio de salud que le permita incorporar aspectos sociales y económicos así como de la participación social en la identificación de necesidades y problemas que deriven en el diseño de estrategias encaminadas a promover formas de vida saludables.

II. LA OBESIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA: UN PANORAMA DESDE MÉXICO Y EL MUNDO

Dada su prevalencia e incremento acelerado entre la población, la obesidad, es considerada en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en México, no sólo por la enfermedad en sí, sino por sus consecuencias y su asociación con las principales causas de mortalidad.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, “la obesidad es el resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético. Este desequilibrio es frecuentemente consecuencia de la ingestión de dietas con alta densidad

energética y bajas en fibra, y de bebidas azucaradas, en combinación con una escasa actividad física” (2006: 85).

La obesidad también es definida como “una enfermedad crónica multifactorial compleja que se desarrolla por la interacción del genotipo y el medio ambiente” (Bouchard, 1993 en Hernán, 2002: 72). Este ha sido catalogado como un problema de origen multifactorial, en el caso particular de México, su incremento es asociado con “las transformaciones demográfica, epidemiológica y nutricional, que nos explica cambios importantes en la cultura alimentaria de nuestro país” (Fausto, 2006:94).

México hoy en día se encuentra ante dos escenarios totalmente contrastantes, en uno hallamos que “la desnutrición continúa siendo un problema de salud pública ya que se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad infantil” (Fausto, 2006: 92) y por otro lado nos encontramos un panorama que nos muestra un país con el mayor número de personas con problemas de obesidad y sobrepeso a nivel internacional, esto de acuerdo con los resultados presentados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 –ENSANUT 2006–, en los que se muestra que casi el 70% de la población entre 30 y 70 años de edad, padece este grave problema de salud pública (INSP, 2006).

Si bien este dato es de por sí alarmante, al momento de realizar un análisis comparativo con las cifras obtenidas en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 –ENEC 1993–, en la que se mostraba una incidencia del 21.5%, con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 –ENSA 2000– en la que un 24% de los adultos en nuestro país padecían la enfermedad, los resultados de la ENSANUT 2006 con cerca del 30% de la población adulta con problemas de obesidad, nos muestran claramente un desarrollo acelerado de dicha enfermedad.

La obesidad es una enfermedad que predispone al desarrollo de otros males crónico-degenerativos, en este punto radica la urgencia de atender los factores que contribuyen a la prevalencia de esta enfermedad, por lo tanto, resulta

relevante centrar la atención en la búsqueda de soluciones que permitan “la modificación de los entornos, la orientación alimentaria y a la activación física, y evidentemente, se requiere del desarrollo de competencias con la orientación-consejería y las intervenciones educativas” (SS, 2008: 13).

El sobrepeso y la obesidad son detonantes de una de las principales causas de muerte en nuestro país, según cifras presentadas en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria –ANSA 2010–, se estima que 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (SS, 2010). A este dato se suma que “casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares” (OMS/FAO, 2003: 16) que son asociadas principalmente al sobrepeso y obesidad. Las enfermedades crónicas son responsables del 75% de la mortalidad en adultos en la región de América Latina (García, 2008: 533).

De acuerdo con un análisis realizado por el «Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad», “la obesidad se da por la acumulación de factores de riesgo a lo largo del espectro de la vida” (García, 2008: 536), es decir, es una enfermedad que depende en gran medida del ritmo y forma de vida de cada individuo y que se desarrolla de manera gradual y progresiva.

De este modo los factores medioambientales desempeñan un papel importante (Cabello y Zúñiga, 2007), entre los principales factores podemos identificar: los cambios demográficos, los acelerados procesos de urbanización e industrialización, la modificación de los patrones alimentarios debido a la masificación de la producción de alimentos y las formas de vida y recreación.

Estos factores pueden ser divididos en tres contextos: intrapersonal, que involucra actitudes de los individuos; familiar, con intervención directa en las prácticas alimenticias y por último cultural, que está relacionado con los determinantes

sociales como el acceso a los servicios de salud (Cabello y Zúñiga, 2007). En conjunto estos tres contextos, aunados al factor biológico, determinan el desarrollo de la obesidad y el sobrepeso.

En cuanto a los hábitos alimenticios, si bien “la dieta mexicana en promedio es equilibrada y valiosa, y resulta más recomendable que la de los países llamados desarrollados, siempre y cuando se dé en condiciones de suficiencia y diversidad” (Casanueva, 2001 en Fausto, 2006:93), en las últimas décadas se ha presentado una modificación de los patrones de alimentación que actualmente se caracterizan por el creciente consumo de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares refinados y sodio. Los cambios en la dieta de los mexicanos se encuentran determinados por “los ingresos, los precios, las preferencias individuales y las creencias, las tradiciones culturales, así como factores geográficos, ambientales, sociales y económicos, que conforman en su compleja interacción las características del consumo de alimentos” (OMS/FAO, 2003: 24)

Derivado de los cambios demográficos y los acelerados procesos de urbanización, es decir, los cambios de las condiciones sociales de vida, en las que el “transporte motorizado, aparatos que ahorran trabajo en el hogar, disminución gradual de las tareas manuales físicamente exigentes en el trabajo, y dedicación preferente del tiempo de ocio a pasatiempos que no exigen esfuerzo físico” (OMS/FAO, 2003: 13), se ha observado una tendencia al comportamiento sedentario. A estas condiciones tenemos que agregar los reducidos espacios de vivienda y los pocos lugares dedicados a la actividad física y que a “diferencia de países bien desarrollados en nuestras escuelas no se le da importancia al deporte como parte integral del desarrollo humano” (Fausto, 2006:94).

La importancia de la actividad física radica en que “una proporción considerable de las defunciones que se registran entre las personas con sobrepeso u obesas se debe probablemente a una baja forma cardiorrespiratoria, más que a la obesidad en sí” (OMS/FAO, 2003: 69). Esta determinante acentúa la importancia de la actividad física en la prevención del sobrepeso y la obesidad. Aquí un dato importante nos indica que como resultado del sedentarismo, “la obesidad se

atribuye a la declinación del gasto de la energía total y no al aumento de la ingesta” (Reilly, 2004 en Rodríguez, 2006: 97).

La actividad física no sólo depende de conductas individuales “sino que está relacionado con la falta de espacios como los parques, el aumento de las multitudes, la contaminación ambiental, el crimen, el tráfico y las dificultades para desarrollar un deporte y una recreación sana” (Rodríguez, 2006: 96), a todo esto se suma la preferencia por pasatiempos sedentarios como ver televisión o los video juegos.

Por lo tanto podemos afirmar que la obesidad es el resultado de la combinación de múltiples agentes, de ellos, se le ha otorgado mayor importancia a factores como:

- «1. Presencia de variaciones genéticas responsables de la susceptibilidad a padecer obesidad.
2. Pérdida de balance entre la ingestión de energía y el gasto que se produce con el ejercicio.
3. Falta de actividades deportivas de mediano y alto gasto energético de manera regular, es decir, tres o más veces por semana.
4. Realización de actividades sedentarias por más de tres horas al día: tareas escolares, televisión, juegos en computadora o electrónicos, etc.» (García, 2008: 538).

A estos agentes hay que agregar el denominado “ambiente obesigénico” (SS, 2010: 17) en el que nos desenvolvemos, es decir la alta disponibilidad de alimentos abundantes en energéticos, falta de acceso a agua potable, limitación de recursos humanos y espacios para la realización de actividades físicas, falta de una cultura de consumo de frutas y verduras.

Un claro ejemplo de este ambiente, es el que se presenta en la mayoría de las escuelas de nuestro país, en las que únicamente se realiza una quinta parte del mínimo de la actividad física recomendada para los niños en edad escolar, un equivalente a 60 minutos semanales, esto según cifras contenidas en el ANSA 2010 (SS, 2010), a este dato hay que agregar la falta de organización,

instalaciones y equipo necesario para promover la actividad física, así como la oferta de productos con alto contenido energético en las tiendas escolares. Este escenario nos muestra un panorama alarmante y desfavorable para la desaceleración de la obesidad y el sobrepeso, sobre todo si tomamos en cuenta que se ha demostrado que el desarrollo de estas enfermedades en la infancia y en la adolescencia, es un factor pronóstico de obesidad en la vida adulta.

Este factor de riesgo trae consigo comorbilidades que se agravan debido a que se presentan en etapas tempranas de la vida. “La probabilidad de que la obesidad infantil persista en la adultez se estima que se incrementa desde aproximadamente el 20% a los cuatro años de edad, al 80% en la adolescencia” (Rodríguez, 2006: 96). En la ENSANUT 2006 un dato de llama la atención es la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población infantil, con un 26% a nivel nacional. De ahí la importancia de diseñar campañas de prevención dirigidas al grupo conformado por los niños, es decir atender este problema de salud desde su origen

Los resultados obtenidos en la ENSANUT 2006, nos muestran que de manera general la obesidad se presenta en todos los grupos de edad y en ambos géneros. Es hasta las edades superiores a los 60 años, que la enfermedad muestra una disminución, sin embargo este dato no es nada alentador si tomamos en cuenta que existe un mayor riesgo de muerte entre las personas con sobrepeso y obesidad y por ende una menor esperanza de vida (INSP, 2006).

A nivel nacional, los hombres presentan una prevalencia de sobrepeso más elevada que las mujeres, con un 42.5% y 37.4%, respectivamente; sin embargo, la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres con 34.5%, que en hombres con 24.2%. Esta tendencia mostrada por la ENSANUT 2006, ya podía vislumbrarse en la ENN 1999 en la que uno de los resultados más importantes reveló una “verdadera epidemia de obesidad en las mujeres adultas” (INSP, 2007: 12).

Esta tendencia se explica porque “la mayor prevalencia de obesidad en mujeres es producto de características biológicas y psicológicas así como de situaciones

sociales” (García, 2008: 539), dichas características se encuentran determinadas por factores como el gasto energético, el embarazo, la menopausia y trastornos de la conducta alimentaria.

Es evidente que a pesar de que la enfermedad afecta de manera general a toda la población, sin importar edad o sexo, son las mujeres quienes presentan un mayor incremento de la enfermedad. En los Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006, se presenta un comparativo con la ENN 1999, en ésta la prevalencia de obesidad y sobrepeso entre las mujeres, pasó de 61.5% a 70.075% (Dato construido a partir de INSP, 2007: 70), los resultados nos indican que de manera general, la prevalencia de la enfermedad pasó de moderada a alta en un periodo de siete años, esto a nivel nacional.

De la misma forma, se ha dado un incremento acelerado del sobrepeso y la obesidad en la población masculina del país, de una prevalencia de 60.25% (moderada) en la ENSA 2000 a un 67.5% (alta) en la ENSANUT 2006 (Dato construido a partir de INSP, 2007: 71).

Estos resultados nos permiten deducir que en México la cifra de hombres y mujeres con sobrepeso y obesidad pasa por mucho a la de hombres y mujeres en el peso adecuado.

En el ámbito internacional, de acuerdo con un estudio prospectivo realizado por la Organización Mundial de la Salud –OMS–, “para el 2015 México se encontrará dentro de los países con mayores prevalencias de obesidad para hombres y mujeres de 30 años y más” (CONEVAL/INSP/UAM, 2009: 24). Asimismo, nuestro país presenta uno de los mayores niveles de obesidad entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

La obesidad como problema de salud pública, no sólo tiene impacto en dicho sector, además repercute en las condiciones económicas y sociales de las naciones, esto derivado de los altos costos que ocasionan los padecimientos crónicos desencadenados como consecuencia de la obesidad. Sólo en América

Latina se estima que únicamente los costos directos de la obesidad equivalen al 0.9% del PIB de la región (CONEVAL/INSP/UAM, 2009: 24).

Es el costo de esta enfermedad y sus complicaciones una de las principales limitantes para su tratamiento. Tal como lo afirmó el Presidente Felipe Calderón en la firma del ANSA 2010, “de seguir este problema será imposible en el futuro atender a todas las personas que padezcan enfermedades cardiovasculares o diabetes, por los costos que significa [...] representan una carga sistémica para el Sistema de Salud que de seguir creciendo va a ser insostenible” (2010).

En el aspecto económico encontramos que el padecer una enfermedad como la obesidad y los padecimientos crónicos que de ella se derivan, tienen implicaciones que no sólo impactan en el Estado sino también en la economía familiar, a lo que además hay que agregar las repercusiones sociales (González, 2007a).

En el “Informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas” de la OMS presentado en 2003, se menciona que los costos indirectos generados por la obesidad son incluso mayores que los directos, es decir aquellos representados por: los días de trabajo perdidos, las pensiones por discapacidad, mortalidad prematura, menor calidad de vida, riesgo de padecer otra enfermedad crónica (OMS/FAO, 2003).

Las relaciones que se generan y la influencia que las personas ejercen entre sí, se convierte en otro factor que influye en el proceso de desarrollo de la enfermedad, tal como lo señala el Dr. Francisco Campos, director de la Clínica de Obesidad Mórbida del D.F., “el principal boicoteador de las dietas y de los programas son los mismos familiares” (Salazar, 2010).

De lo anterior podemos desprender la necesidad de generar tratamientos integrales diseñados por especialistas de diversas áreas tales como: “psicólogos, nutriólogos, epidemiólogos, biólogos moleculares” (Correa, 2010); cabe hacer aquí una anotación, a pesar de los factores sociales que influyen en el desarrollo de la obesidad, no se hace mención de la necesidad de una investigación generada desde esta área del saber, es evidente que no se ha caído en cuenta de la

importancia de integrar científicos sociales en el diseño de programas encaminados al cuidado de la salud, sobre todo si tomamos en cuenta que “los factores que favorecen el desarrollo de la enfermedad son diferentes dependiendo de la región, puede haber algunos compartidos pero no existen de manera general” (Correa, 2010), al respecto podemos señalar que los factores no sólo se diferencian por regiones, si no que van más allá, son determinados por el contexto familiar, laboral y personal, en conjunto estos tres contextos forman parte de lo que podemos denominar condiciones sociales de vida. Por lo tanto “lo que se requiere es información práctica, que puntualice el problema de la obesidad, sus riesgos, sus estrategias de prevención y las consecuencias a nivel individual, familiar y social” (García, 2008: 538)

La obesidad demanda un tratamiento constante, acompañado de la información necesaria que contribuya a modificar las formas de vida de la persona que la padece, que a su vez se vea reflejado en el cambio de hábitos alimenticios y de actividad física. Dada su naturaleza, su tratamiento precisa de la intervención de múltiples especialistas que contribuyan en la creación de planes integrales que abarquen aspectos biológicos, sociales, culturales, psicológicos y económicos, es decir “estrategias integrales para potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario” (SS, 2010: 22).

La prevención se presenta como una estrategia prioritaria para la adopción de hábitos saludables no sólo entre los adultos sino desde la infancia. Además, como lo aseveró Armando Paredes Arrollo, Presidente del Consejo Coordinador Empresarial, “al tratarse de un problema multifactorial [...] requiere de acciones integrales y coordinadas [...] de la participación activa de los distintos sectores de la sociedad: gobierno, sector empresarial, medios de la comunicación, academia, organizaciones de la sociedad y familias mexicanas” (Arrollo, 2010).

Ya se ha remarcado que la atención dirigida a esta enfermedad crónica degenerativa, debe ser de carácter integral, sin embargo algunos estudiosos del tema coinciden en la existencia de una variable determinante en el éxito de

cualquier estrategia encaminada a la solución de dicho problema de salud, ésta es la acción individual, es decir, como individuos estar dispuestos a modificar nuestra conducta mediante la adopción de hábitos saludables, sin embargo este factor estará determinado por las condiciones sociales de vida en las que se desenvuelven los individuos.

Desde el enfoque biológico, surge una serie de estudios encaminados a determinar la influencia que este factor ejerce en el desarrollo de la obesidad, uno de estos estudios es el llevado a cabo por el Dr. Leobardo Mendoza. Biólogo Molecular, junto con un equipo de investigadores del Instituto Politécnico Nacional, quien desarrolla una investigación cuya hipótesis central gira en torno a que las mutaciones en los genes que causan la obesidad, las traemos desde nuestro nacimiento. Con esta investigación bien podría pensarse que los individuos poco tienen que hacer ante esta enfermedad de origen genético, sin embargo, como el propio investigador lo señala, son los diferentes factores de riesgo, como falta de actividad física, los que se conjuntan y favorecen el desarrollo de sobrepeso, obesidad y enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 (Correa, 2010).

El tratamiento de la obesidad se vuelve complejo debido a que no es posible eliminar los alimentos del entorno de la persona que la padece, ésta es una enfermedad que se desarrolla gradualmente con el tiempo y que una vez que la persona la padece, es difícil de revertir, por ello en la tarea de desacelerar el desarrollo de esta enfermedad se requiere de la participación activa y comprometida de los individuos y de las organizaciones que integran su entorno.

El Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad, plantea algunas de las razones por las que las personas no considera a la obesidad como una enfermedad, hecho que ha derivado en el incremento de la población que la padece, éstas son:

- 1) La variedad y complejidad de las causas que la originan

- 2) El escaso conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos implicados
- 3) La alta prevalencia de obesidad entre la población infantil y adulta, lo cual lleva a percibir a esta enfermedad como una característica frecuente o común
- 4) Poca información que tiene la población general sobre los efectos adversos de la obesidad (García, 2008: 535)

En las medidas de prevención y de promoción de la salud, en conjunto con los factores de riesgo individuales, es imprescindible tomar en cuenta “el entorno social, político y económico general. La economía, la industria, los grupos de consumidores y la publicidad deben figurar todos ellos en la ecuación de la prevención” (OMS/FAO, 2003: 41).

Si se quiere intervenir de manera directa en la disminución del índice de esta enfermedad, resultan propicios cambios sociales que favorezcan entornos adecuados para la salud, mediante los cuales se fomente la ingesta de alimentos ricos en micronutrientes¹, el consumo de agua simple por encima del de bebidas azucaradas y la actividad física. Son necesarias medidas en las que se dé “la participación activa de las comunidades, los políticos, los sistemas de salud, los urbanistas y los municipios, así como de las industrias de la alimentación y el ocio” (OMS/FAO, 2003: 54), son necesarias políticas de salud pública de carácter multidimensional.

Los factores que determinan la prevalencia de la obesidad entre la población, varían ya que dependen del contextos al que se haga referencia.

Para generar estrategias de prevención del sobrepeso y la obesidad que deriven en mejores resultados, de acuerdo con Bray, debemos tomar en cuenta que:

- 1) La obesidad es una enfermedad crónica de alta prevalencia
- 2) Obedece a muchos factores y su curación es muy difícil
- 3) El aumento de peso eleva los riesgos de enfermedades crónicas [...]

¹ Son sustancias nutritivas que el cuerpo necesita en pequeñas cantidades para protegerse de algunas enfermedades y que se encuentran en los alimentos [...] son conocidos como vitaminas y minerales; entre los más importantes están: Vitaminas A, B, C y ácido fólico, Minerales: Hierro, Yodo, Calcio y Zinc (SS, 2009)

- 4) La obesidad es un trastorno que deprime y estigmatiza a la persona
- 5) El tratamiento farmacológico se debe considerar cuidadosamente en cada caso particular
- 6) El tratamiento de la obesidad puede tener éxito si se mantiene en forma continua
- 7) Las recaídas son frecuentes porque ni los fármacos, ni la dietoterapia, ni el ejercicio físico sirven si se interrumpe el tratamiento (1997 en Hernán, 2002: 78)

Además de estas características de la obesidad, Cabello y Zúñiga proponen una investigación centrada en “los patrones y comportamientos alimenticios en la familia. [...] investigación más precisa sobre el proceso de recaída y sobre los estándares que constituyen un tratamiento efectivo para la pérdida de sobrepeso e identificar cuáles mejoran la salud (2007: 187), además consideran que esta enfermedad requiere de un abordaje pluridisciplinario.

Tal como se plantea en el *Informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas* de la OMS presentado en 2003: “los determinantes sociales, económicos, culturales y psicológicos de las elecciones personales en cuanto a la dieta y la actividad física deben ser elementos esenciales de la acción de salud pública (OMS/FAO, 2003: 145)

En este contexto, resulta por demás preciso, realizar un análisis sobre la comunicación y su relación con la salud, debido a que es la *comunicación educativa* la que se pretende funja como rectora en la implementación de este programa que busca mejorar las condiciones de salud de la población mexicana, una vez que se conocen las consecuencias que trae consigo esta enfermedad, no sólo a nivel individual sino incluso social.

III. COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: ELEMENTOS PARA LA INTERVENCIÓN EN SALUD

La comunicación se constituye como una de las principales herramientas de las que se vale la promoción de la salud.

Al igual que ocurre con la salud, sobre comunicación enfocada a esta área se han dado una serie de definiciones que cambian o incorporan elementos dependiendo de la perspectiva a través de la que se quiera abordar.

La comunicación para la salud involucra diferentes ámbitos, se encuentra desde “el diseño de políticas (estrategias) y la definición de actividades vinculadas a la capacitación, al análisis y la investigación, a la producción y la creación” de mensajes (Neira y Cano, 2000: 11).

De acuerdo con Neira y Cano “puede ser entendida como los procesos, productos y mensajes que se constituyen y tejen en el contexto social con el propósito de proporcionar informaciones y conocimientos útiles para influir positivamente en las actitudes y prácticas de salud de los individuos y grupos sociales” (2000: 11).

Mediante dicho proceso, “los actores sociales asimilan los conocimientos sobre temas específicos para la preservación de la salud, la prevención de enfermedades y, en su caso, el seguimiento correcto para mejorar la calidad de vida del enfermo” (Ángeles y Cornelio, 2008: 152). Entonces, la comunicación es entendida como una herramienta de la promoción de la salud que habilita a los individuos en las decisiones sobre su propia salud.

La Organización Panamericana de la Salud, la define como la acción de “compartir los conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud” (2006: IX).

Una de las principales tareas que desempeña la comunicación en el campo de la salud, reside en informar a la sociedad sobre la importancia de desarrollar hábitos saludables, convierte al individuo en agente activo de su propia salud, pues “la

comunicación es siempre movimiento, es viaje; es, en síntesis posibilitadora de encuentros y transformaciones” (Restrepo s/f en Neira y Cano, 2000: 11).

Por medio de la comunicación para la salud la población puede adquirir conciencia y participar de manera integral, activa y responsable en el cuidado de la salud, es decir, nos conduce a la reflexión acerca de nuestro estado de salud pues “cumple el importante papel de informar a la población sobre los factores tanto de riesgo como de protección, y de alentarla a participar activamente en el mejoramiento de las condiciones de salud en sus ámbitos de trabajo vivienda y estudio” (OPS/OMS, 2006: IX).

Podemos ubicar como una de las finalidades de la comunicación para la salud la “transformación consciente de los hábitos cotidianos de la población con el objetivo de lograr la efectividad de las campañas preventivas (Ángeles y Cornelio, 2008: 152).

Al hablar de un proceso que busca influir en las actitudes y prácticas en salud de los individuos, surge otra vertiente de la comunicación, la comunicación para el cambio social, la cual es concebida como “diálogo público y privado a través del cual las personas definen quienes son: qué quieren y cómo lo pueden obtener [...] evita la simple transmisión de información por parte de expertos técnicos y procura colocar esa información en un contexto de diálogo y debate” (OPS/OMS, 2006:45).

La comunicación hace efectiva la concientización “de las poblaciones en riesgo a partir de la difusión de acciones preventivas, correctivas o de mantenimiento de acuerdo con las problemáticas presentadas por la región” (Ángeles y Cornelio, 2008: 147)

Para la Organización Panamericana de la Salud –OPS–, la comunicación social es el principal motor de los cambios que en dicha materia requiere la población para mejorar su calidad de vida; para lo cual, otorga igual valor a la modificación de la conducta individual como a los cambios en los sistemas e instituciones que rigen la vida de la población y que conciernen a sus condiciones de vida (OPS/OMS, 2006).

La comunicación se basa en el modelo ecológico² de la salud, es decir la “construcción social de la salud sobre la relación de los individuos con su entorno [...] el control del entorno social, físico o espiritual impone límites a la conducta de los individuos; y, a su vez, los cambios en la conducta humana modifican el entorno” (OPS/OMS, 2006: 8-9). Conducta y entorno no se pueden entender de manera aislada; la comunicación para la salud comprende factores intrapersonales (individuo), interpersonales (grupos primarios), institucionales (normas, reglamentos, leyes), comunitarios (redes) y política pública (OPS/OMS, 2006).

Neira y Cano, perciben a la comunicación y la salud como “dimensiones fundamentales para la vida humana y que de su adecuado conocimiento y utilización dependen [...] los impactos positivos de toda política o acción que se propone el desarrollo y el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de las sociedades” (2000: 11). Desafortunadamente, ese papel crucial que ocupa la comunicación en el campo de la salud no ha sido explotado en su totalidad, en su lugar, este ha sido reducido a la mera tarea de difundir información en la que “las campañas de comunicación se limitan al texto, olvidándose completamente del contexto, es decir, los mensajes se plantean desde los racionales creativos y no desde las cotidianidades” (Ángeles, 2007: 121-122). Más allá de los spots y campañas propagandísticas, hace falta abrir puertas colocando mensajes saludables en los formatos y en los contenidos dominantes en la comunicación comercial (Neira y Cano, 2000).

Si la intervención de la comunicación sigue limitándose a difundir información, de poco servirá la inversión que se realiza en las campañas promotoras de la salud y en la aplicación de los programas como tales, porque como lo afirman

² El modelo ecológico es equiparable con la “concepción holista y abierta de la salud, desarrollada por el movimiento de la medicina social y postulada a nivel internacional por la OMS –dialéctica entre condiciones socioestructurales y las experiencias personales–”(Di Leo, 2009: 384).

A. M. Zurro y J. F. Cano Pérez «existen múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y de los costes de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha visto reflejada en el nivel de salud de la población atendida [...] el crecimiento de las inversiones sanitarias [...] no se acompaña de cambios positivos en su impacto sobre la salud de la población» (1999 en Enria y Stanffolani, 2005: 340).

Si hablamos de elaborar mensajes mediante los que se pretende generar un cambio de conducta, estamos refiriéndonos a mensajes que buscan concientizar, dichos mensajes “tienen que ser concretos, directos y estar apoyados por una clara y consciente evidencia científica. Así conseguiremos que el destinatario final, el ciudadano, reflexione” (Gúrpide, 2006: 116), para que esa reflexión se genere, la información contenida en estos mensajes tiene que ser práctica, no sólo se debe informar del *qué* de la salud, sino el *cómo*, se tienen que proponer pautas de acción sobre el cuidado de la salud.

De acuerdo con Ángeles y Cornelio, “el concepto de salud tiene una relación más directa con las dimensiones socio-antropológicas que con las médico-biológicas y es justo en este punto donde se plantea el primer problema de la comunicación para la salud: el establecimiento de los códigos” (2008: 148).

Es por ello que la OPS, propone cinco criterios que deberán ser tomados en cuenta en el diseño de estrategias de comunicación para la salud:

1. La comunicación debe diseñarse [...] teniendo en cuenta las características del público al que se dirige, el contexto sociocultural, el problema por resolver, el objetivo planteado, los recursos disponibles y la competencia de las partes intervinientes.
2. La estrategia de comunicación es mucho más que comentarios en medio o mensajes publicitarios.
3. Toda estrategia de comunicación debe ser evaluada.
4. Las estrategias de comunicación son más efectivas cuando tienen en cuenta a los agentes comunicativos existentes en la comunidad, cada uno desde sus respectivas lógicas, saberes y competencias

5. La comunicación es efectiva y potente en lo social y en el desarrollo cuando se combina con acciones de educación y participación social (OPS/OMS, 2006: 51-52)

De la misma forma Baena y Montero consideran que en la comunicación, debe tomarse en cuenta la realidad de la población en el área de salud y plantean como principal estrategia de la comunicación para la salud la regionalización de la medicina, para lo cual se debe tomar en cuenta los valores culturales de la población que nos conduzcan al diseño del plan de acción la incidir en la conducta de la población. “En un estado ideal, la comunicación se vería obligada a observar detenidamente cada contexto [...] asegurando el cambio social para el bienestar” (Ángeles y Cornelio, 2008: 151).

Como ya se ha hecho mención, una de las finalidades de la comunicación para la salud es la transformación consciente de hábitos enfocados a mejorar la calidad de vida de las personas, para lograrlo se requiere de “la participación activa de la comunidad implicada en las estrategias de prevención o promoción; éstas, a su vez, deben tener en cuenta la realidad social y cultural” (OPS/OMS, 2006: 66)

Baena y Montero (1989) consideran que para la transformación de la realidad en materia de salud, se requiere que se reconozca el papel activo de los sujetos y deje de considerárseles como carentes de conciencia, pasivos e indiferentes ante su propio estado de salud, por lo tanto el papel de la comunicación para la salud consistirá en lograr la participación integral de los individuos y grupos sociales en la búsqueda de soluciones a los problemas que en materia de salud enfrenta.

Para Baena y Montero (1989), la importancia y el sentido de la comunicación para la salud radican en la integración de niveles de comunicación que contribuyan a la reestructuración de la relación médico-paciente, en la que se recupere la imagen humana y social de los profesionales de la salud y se devuelva al paciente su condición de sujeto. En este mismo nivel, García (2008) destaca la necesidad de crear un lenguaje común entre trabajador de la salud y paciente, basado en estrategias de motivación que facilite alcanzar los cambios de conducta necesarios para mejorar la salud.

Una vez hechas estas anotaciones y ante la situación actual que enfrenta México por la transición epidemiológica debido al incremento acelerado de enfermedades crónico degenerativas, como son el sobrepeso y la obesidad, en este apartado resulta oportuno hacer referencia a las características que deberán tener las estrategias encaminadas a la promoción de la salud.

En el siguiente cuadro se ubican los principales componentes que, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se deben tomar en cuenta para la elaboración de estrategias de comunicación dirigidas a la promoción de la salud.

En él se consideran elementos relacionados con la comunicación interpersonal que se presenta como una oportunidad de intervención en salud, dada la necesidad de generar estrategias en las que se tomen en cuenta las características de la población a la que se dirige la promoción de la salud.

Elementos para el diseño de estrategias de comunicación interpersonal para la promoción de la salud			
		Características	Factores que intervienen en su realización o alcance
Elementos a considerar antes de la elección de materiales e instrumentos de comunicación	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Específicos ☐ Reales ☐ Mensurables ☐ Jerarquizados 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Políticas Públicas ☐ Modificación del entorno
	Público	Grupo de personas a quienes afecta una condición de salud específica. <ul style="list-style-type: none"> ☐ Físicas ☐ Conductuales ☐ Demográficas ☐ Psicográficas 	

Estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Comunicación Interpersonal o grupal ☐ Educación Entretenimiento ☐ Cambio de Conductas ☐ Comunicación Educativa ☐ Redes ciudadanas y tecnológicas de información y comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Objetivos ☐ Temas ☐ Públicos 	
Materiales e Instrumentos de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Discusiones en grupos ☐ Demostraciones ☐ Charlas ☐ Sociodrama <p style="text-align: center;">Facilitan el proceso de comunicación o educación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La comunidad debe participar en su diseño. ☐ Debe utilizar un lenguaje regional 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Disponibilidad de servicios ☐ Disponibilidad de recursos humanos y materiales ☐ Costumbres y tradiciones de la población a la que se dirigen ☐ Heterogeneidad de formas y estilos de aprendizaje

(Tabla construida a partir de OPS/OMS, 2006)

Las estrategias de comunicación, así como los materiales identificados en el cuadro, se relacionan principalmente con el contacto interpersonal que “será beneficioso como estímulo del interés en el proceso del aprendizaje” (OPS/OMS, 2006:101)

La comunicación para la salud busca dotar a los individuos de la información necesaria para determinar su propia salud. Para lograr su propósito, se basa en modelos que promueven los cambios de comportamiento de las personas, dos de ellos son:

1. Modelo de las etapas del cambio: “se basa en que el cambio en materia de salud es un proceso y no un acto único en la vida. Cada persona frente a la alternativa de cambiar de conducta, puede encontrarse en distintos niveles de motivación para el cambio” (OPS/OMS, 2006:180).

2. Teoría del aprendizaje social: toma como premisa principal el hecho de que “la conducta humana es, en su mayor parte, aprendida, no innata [...] el aprendizaje se produce por la determinación recíproca de tres elementos: los factores personales (cognitivos, emocionales, etc.) el ambiente y la conducta” (OPS/OMS, 2006:183).

Estos dos modelos implican en su proceso de cambio de conductas un contacto a nivel interpersonal y el apoyo social, debido a que involucran cambios de comportamiento y por la tanto de hábitos.

La comunicación interpersonal resulta una estrategia de comunicación que se torna relevante para la promoción de la salud a partir del intercambio de experiencias entre los individuos que comparten un mismo contexto y recursos semejantes a la hora de afrontare sus problemas. Entonces podemos hablar de los llamados grupos de apoyo, los cuales constituyen lo que Dabas (1998) denomina una red social, es decir, se da una relación que posibilita un intercambio de conocimientos que permite una mejor utilización de los recursos con los que se cuenta.

Este primer planteamiento es reforzado por Lev Vygotski para quien “el aprendizaje se construye en la interacción social con los otros [...] las habilidades destrezas y conocimientos las aprendemos estando primero en el plano social y luego en el individual” (OPS/OMS, 2006:79)

Por medio de la comunicación interpersonal que se desarrollo en un grupo de apoyo, se construyen “espacios de encuentros y socialización de experiencias en los que se posibilite la construcción de conocimiento [...] lugares de producción de ideas y enriquecimiento colectivo” (OPS/OMS, 2006:79). De ahí la importancia de desarrollar estrategias de comunicación para la salud, basadas en intercambios interpersonales que permitan aprovechar las experiencias de “los otros” para potenciar nuestros recursos propios.

La OPS, encuentra en la comunicación interpersonal una oportunidad para la promoción de la salud, en la que sean los contextos locales la base para planeación de los programas de salud.

Una vez planteadas la comunicación y la educación como instrumentos de la promoción de la salud, conviene aquí señalar cuáles son algunas de las acciones que el gobierno federal está implementando para dar respuesta al problema de salud pública que representa la obesidad, además de realizar algunas observaciones de dichas acciones, basadas en un análisis de lo expuesto en este apartado.

IV. QUÉ SE ESTÁ HACIENDO EN MÉXICO PARA COMBATIR EL PROBLEMA

El gobierno mexicano, como respuesta ante el problema de salud pública que representa la obesidad, ha generado una serie de acciones que están encaminadas a combatir esta enfermedad desde una política de Estado creada a partir de un abordaje intersectorial. Como respuesta directa al problema de obesidad y sobrepeso, se creó el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria, Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad –ANSA 2010–, dicho acuerdo incluye el desarrollo de un Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad el que se pretende se convierta en el escenario que reúna a todos los involucrados en este problema de salud, es decir: dependencias públicas, organismos empresariales, instituciones académicas, organismos sociales, sindicatos y sociedad civil.

En el ANSA 2010, se ha generado una serie de propuestas a partir de una evaluación diagnóstica del problema de salud, el acuerdo está integrado por diez objetivos enmarcados en cuatro acciones denominadas transversales, las cuales tienen su base en el proceso de comunicación educativa en salud apoyado de la mercadotecnia social y tiene como “uno de sus principales objetivos fomentar la participación comunitaria y promover estilos de vida saludables” (SS, 2010: 30).

Las acciones son:

1. *Información, educación y comunicación*: promover el acceso a la información y la toma de decisiones educadas.
2. *Abogacía, co-regulación y regulación*: [...], promover una alimentación correcta y mayor actividad física. Esta acción incluye estrategias de comunicación multisectoriales para promover estilos de vida saludables; políticas de desarrollo urbano y colaboración en el rescate y rehabilitación de espacios públicos seguros; políticas educativas y laborales [...]; códigos de autorregulación de la industria.
3. *Monitoreo y evaluación*: el seguimiento y evaluación de cada objetivo y sus acciones es necesario para identificar oportunidades de mejoramiento, asegurar el cumplimiento de las acciones y corregir posibles fallas.
4. *Investigación*: existe una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud para sustentar la toma de decisiones sobre prevención de obesidad y enfermedades crónicas (SS, 2010: 32-33)

Con la implementación de estas medidas se busca fomentar una nueva cultura de la salud y de la sana alimentación, auxiliados además en una serie de manuales con los que se pretende orientar a profesores y padres de familia, a través de las escuelas para que fomenten en los niños hábitos y prácticas saludables.

Sumadas a la firma del ANSA 2010, el gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, está llevando a cabo una serie de acciones con las que se pretende brindar un mayor sustento a la implementación de las medidas propuestas en el acuerdo. Entre ellas se encuentra la construcción de Unidades de Especialidades Médicas para la atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles –ECNT–, que “representan un modelo interdisciplinario de prevención clínica, diseñado para atender a pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus” (Córdova, 2008:423).

De forma similar a las medidas planteadas en el ANSA 2010, por medio de las Unidades de Especialidades Médicas –UNEME–, se ha propuesto que “las acciones deben extenderse a escuelas, centros de trabajo y la población aledaña, mediante acciones de comunicación y educación continua” (Córdova, 2008:423) para lo cual se precisa de un equipo multidisciplinario que, de acuerdo con lo planeado para el desarrollo del trabajo de las UNEME, deberán:

[...] sostener sesiones educativas interactivas con los pacientes y sus familiares. También deben usarse materiales educativos estandarizados y se invitará a los pacientes a grupos de autoayuda (bajo la coordinación de un educador). [...] Cada Uneme posee un área para la enseñanza de la preparación de los alimentos y están previstos espacios para realizar actividades físicas (Córdova, 2008:424).

A través de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención por una Mejor Salud, el gobierno federal “concede atención a las escuelas mediante programas enfocados en la educación primaria y secundaria, la capacitación de los maestros y los padres de familia, además de la regulación de los alimentos vendidos en los planteles y sus alrededores” (Córdova, 2008:422). Dicha estrategia es reforzada por el ANSA 2010 pues en éste diversas dependencias de gobierno como la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social entre otras, plantean una serie de acciones a través de las cuales se pretende combatir el problema de la obesidad desde sus diferentes competencias.

Aquí quiero hacer referencia particular al caso de la Secretaría de Educación Pública que en conjunto con la Secretaría de Salud, planeó el Programa Escuela y Salud que, de acuerdo con Alonso Lujambio responsable de la secretaría, se basa en una “vertiente pedagógica [...] mediante la cual estamos impulsando una nueva cultura de la salud y de la sana alimentación, con materiales educativos tanto para los maestros, como para los alumnos” (Lujambio, 2010). El plan de dicho programa consiste en la incorporación de contenidos relacionados con la adquisición de hábitos alimenticios saludables y actividad física a la práctica docente, por lo que han “incluido contenidos pedagógicos para la creación de una cultura de salud en los Libros de Texto Gratuitos” (Lujambio, 2010).

De igual forma se han incorporado “otros contenidos para influir en los hábitos saludables de los niños [...] estos libros buscan divertir [...] mientras practican la lectura y aprenden hábitos del buen comer” (Lujambio, 2010). Es así que se considera que “la solución al problema del sobrepeso pasa por un cambio en nuestros hábitos” (Lujambio, 2010)

Al Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria, Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad y a las Unidades de Especialidades Médicas para la atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, se suman programas itinerantes como el denominado *Tour de la vida*, un programa mediante el cual se realizan, de manera particular a los empleados de la Secretaría de Salud, chequeos médicos y se imparten pláticas acerca de estilos de vida saludable, a fin de detectar o prevenir enfermedades crónicas. Asimismo, se promueven los programas *Actívate*, *Vive Mejor* y *5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor*, enfocados a que la población mexicana adopte hábitos saludables como: tomar agua, comer frutas y verduras, medirse y finalmente, desarrollar estas actividades en conjunto con la familia.

Estas son algunas medidas que ha implementado el gobierno federal como respuesta al incremento en la prevalencia del sobre peso y la obesidad entre la población mexicana, enfermedad que en 1999, afectaba al 24% de la población mayor de 20 años y en 2006 se incrementó al 30% y que del año 2000 al 2008 aumentó en un 60% el costo de la atención de las enfermedades relacionadas con este problema de salud (SS, 2010b). Estos programas comparten un denominador común: la educación.

Conviene aquí hacer una reflexión acerca de la perspectiva desde la que se retoma a la educación como herramienta principal de los programas de salud y el papel que en ellos desempeñan educadores y alumnos. Dicha reflexión tiene como base estudios realizados en Argentina por Beatriz Bruce acerca el contenido que materia de salud presentan los libros escolares; así como un análisis hecho por Federico Juárez, sobre la manera en la que hasta ese momento se había desarrollado la promoción de la salud en algunas escuelas de Alicante, España.

En los resultado de la primera investigación, Bruce menciona que como consecuencia del contenido biologicista de los temas relacionados con la salud presentes en libros escolares, “queda cada persona responsabilizada de su propio bienestar, dependiendo exclusivamente de su voluntad y disposición para aceptar las medidas preventivas, el gozo de una óptima condición sanitaria” (Bruce, 2004:

223). Por lo tanto, de acuerdo con la investigadora, “toda acción de ayuda por parte de los organismos estatales es vista como asistencia o ayuda a la falta de respuesta adecuada por parte de los interesados [...] prioriza un centramiento en el individuo como único gestor de su bienestar” (Bruce, 2004: 223).

Juárez, en su análisis a la promoción de la salud en las escuelas, aporta: “los que piensan que hacer prevención en la escuela consiste en llevar un puñado de materiales a los centros educativos, entregarlos a los profesores, y esperar a que ellos los utilicen, tienen un concepto equivocado de lo que significa educar. Si creemos en la EpS en la escuela, hay que dotarla de recursos materiales y humanos” (2003: 11). Como resultado de esta forma de abordar la salud desde el ámbito escolar, considera que “en la mayoría de las ocasiones nos quedamos anclados en una enseñanza puntual, llegando sólo a un plazo cognitivo, sin profundizar en las actitudes, valores y comportamientos” (2003: 12).

De estas dos investigaciones podemos desprender la necesidad de realizar un análisis puntual acerca de los contenidos de los materiales pedagógicos, así como de libros de texto, mediante los que se pretende promover la salud desde el ámbito escolar. Conviene también considerar la preparación o capacitación que en la materia reciben los docentes encargados de impartir dichos contenidos.

Con la implementación de programas promotores del cuidado de la salud, nos puede parecer que las bases para el desarrollo de una nueva cultura de la salud comienzan a formularse, sin embargo no será sino hasta su implementación efectiva que el problema de la obesidad comience a revertirse, por lo tanto para lograr el impacto que se pretende es conveniente revisar los contenidos de los materiales así como el papel que, como promotor de la salud, desempeñan los docentes.

A nivel federal se han creado programas que buscan responder a las problemáticas de salud como la obesidad y el sobrepeso, éstas con elaboradas con base en características generales de la población por lo que podrían no tener los efectos esperados en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas,

debido a las diferencias culturales, de acceso a los recursos materiales, económicas y sociales que existen en cada región. De ahí surge la necesidad de generar programas basados en las características socioculturales de la población a la que se encamina los programas del sector salud.

Resulta apremiante generar propuestas regionales y locales que sean diseñadas a partir de las características y necesidades específicas de los individuos pertenecientes a dichos sectores.

Se ha identificado a las escuelas como escenarios propicios para llegar a una buena cantidad de individuos, que convergen en un contexto sociocultural similar, estos espacios de educación formal podrían convertirse en promotores del cuidado de la salud, si se estructuran y por ende implementan de manera adecuada las propuestas que en materia de salud formuló el sector educativo.

A través de las escuelas mediante la implementación de un Programa denominado Escuela y Salud, se pretende preparar en la materia a escolares y docentes, para ello, se están implementando a nivel nacional manuales y guías pedagógicas que acopian una serie de recomendaciones generales para que los educandos adquieran hábitos saludables. Vista desde una perspectiva general, ésta parece una buena estrategia de promoción de la salud, con la que se podría generar la adopción de buenos hábitos alimenticios y de actividad física.

Para hacer anotaciones respecto a dicha propuesta, debemos identificar:

Componentes para la promoción de la salud en el ámbito escolar:

- Educación para la salud con un enfoque integral [...] procura desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas, y no sólo proporcionar información.
- Creación de ambientes y entornos saludables.
- Diseño y suministro de servicios de salud y alimentación (OPS/OMS, 2006: 27)

Dichos componentes, aunados a las características descritas anteriormente acerca de las características y componentes de las estrategias encaminadas a la promoción de la salud, podemos apuntar:

Primero. Los manuales son elaborados y distribuidos a nivel nacional, es decir, no se atienden las características específicas de la población a la que se dirigen.

Segundo. Derivada del primer punto, esta estrategia corre el riesgo de convertirse en una materia más del plan de estudios, en la que se proporciona información general del cuidado de la salud, pero no se aterriza en las peculiaridades de la población a la que se dirige, toda vez que el material pedagógico se encuentra incluido en los libros de texto gratuitos.

Con base en las observaciones anteriores, podemos decir que resulta apremiante realizar una reestructuración, por así llamarle, de las estrategias formuladas, por el sector educativo en materia de promoción de la salud.

Aquí una propuesta que va encaminada a la atención del mismo sector, enfocada ésta en una perspectiva que involucra la participación de personal del área médica y científicos sociales que de manera conjunta realicen investigaciones encaminadas a identificar las características sociales y culturales de la población a la que se dirigen los programas.

Para implementar este modelo de intervención en salud, es necesario partir de la elaboración del perfil de la población específica a la que va encaminado el programa, para ajustarlo a las necesidades identificadas, según las peculiaridades de cada grupo poblacional. La propuesta específica que aquí se plantea, se basa en la integración de un equipo multidisciplinario que de manera general atienda a la población estudiantil, capacitándole en la adquisición de hábitos saludables, si bien mediante la promoción de la salud no sólo se busca atender a la población enferma, no es menos cierto que quien padece la enfermedad y el que se encuentra sano, requieren de atenciones distintas, es así que resulta conveniente implementar estrategias de comunicación social, con aquellos en quienes la enfermedad ya es manifiesta.

El grupo de trabajo al igual que el de investigación, deberá estar integrado por personal del campo médico y científicos sociales, quienes en conjunto brinden apoyo de manera directa y personalizada a aquellos que requieran de un mayor

control por presentar la enfermedad. Atendiendo a los individuos en su “contexto cotidiano [...] la realidad social debe ser interpretada y reinterpretada por los actores” (Ángeles, 2007: 124). Este nivel de atención, puede contribuir mediante “la oralidad y el uso de las representaciones sociales como el contexto para la construcción de los discursos son de gran utilidad para crear campañas de comunicación social que permitan el desarrollo de la reflexión y el cambio social” (Ángeles, 2007: 123).

Es así que si se aprovecha un escenario cotidiano como lo es la escuela, pueden generarse procesos de promoción de la salud, que permitan dar respuesta a las necesidades de atención de la población. Sin embargo no debe dejarse la carga total a los docentes para la implementación del programa, debido a que, como ya se mencionó, se corre el riesgo de quedar reducida a un aspecto más del plan de estudios al que se ven forzados a atender, de ahí la necesidad de integrar un grupo de trabajo constituido por personal capacitado en cada etapa de desarrollo del proyecto.

Una limitante para implementar un proyecto de este tipo, se da en el número de personal médico y científicos sociales que se requieren para brindar ese nivel de atención, de ahí que resulte imperioso destinar una mayor inversión en la formación de recursos humanos encargados de atender la salud en las que deberían ser sus principales acepciones: la prevención y promoción (González, 2007b). De igual forma, los recursos económicos pueden parecer otra limitante de la propuesta, sin embargo, si realizamos una evaluación del enorme gasto que ha implicado hasta el momento la atención de la enfermedad, resultará conveniente reorientar los recursos de la curación a la prevención. Otro dato importante que funge como atenuante de la propuesta, es que se estaría brindando cuidado a un sector de la población que de no atenderse, es más propenso a desarrollar la enfermedad en otras etapas de su vida, pues recordemos que ésta es una enfermedad gradual y progresiva que una vez desarrollada, resulta difícil revertirla.

V. APUNTES PARA UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN SALUD

No podemos pensar en la salud sin hacer referencia al cúmulo de implicaciones sociales, culturales, políticas y económicas que enmarcan “el comportamiento diferencial de los problemas de salud entre grupos de población que no comparten ni las mismas oportunidades de acceso a bienes y servicios sanitarios” (González, 2005: 34). Ante este panorama será fundamental generar programas de comunicación educativa en salud, dependientes de las particularidades de cada sector de la población. Por ello, se torna necesario desarrollar investigaciones encaminadas a identificar los determinantes de la salud, a partir de las peculiaridades de cada grupo social.

La promoción de la salud, debe de ser un componente esencial en el diseño de cualquier programa que busque propiciar el autocuidado para mejorar las condiciones de salud de la población, “el uso de las representaciones sociales como el contexto para la construcción de los discursos son de gran utilidad para crear campañas de comunicación social que permitan el desarrollo de la reflexión y el cambio social” (Ángeles, 2007: 123).

Es necesario que se generen modelos de atención que permitan una mayor participación de los ciudadanos no sólo como destinatarios de las campañas de prevención y promoción de la salud, además debe propiciarse una inclusión de estos en la estructuración de los programas destinados a mejorar la salud, pues son ellos, quienes se encuentran inmersos de manera directa en la realidad social en la que tienen que afrontar los problemas de salud.

Si bien de “la comunicación para la salud [...] parten acciones encaminadas a crear una conciencia que lleve a la acción permanente y concreta para transformar dicha realidad” (Baena y Montero, 1989: 34), no debemos perder de vista que la información, no impacta de manera automática en la salud de los individuos. Debe tenerse claro que en su determinación intervienen factores de origen multisectorial, llámese social, económico, político y cultural.

Si la comunicación educativa en salud busca generar un cambio de actitud en los individuos y por ende la adopción de hábitos que contribuyan con el cuidado de su salud, ésta deberá ser estructura a partir de los diferentes factores del entorno que determinan la actuación de las personas, pues la respuesta de éstas ante un problema de salud, dependerá de su “lógica cotidiana de tener que resolver lo esencial para poder seguir viviendo” (Sacchi, 2007: 280).

Por ello, para la elaboración de estrategias encaminadas a la promoción de la salud, debemos conocer a nuestra población objetivo, es decir, “Investigar sobre sus creencias, expectativas, motivaciones, miedos, preocupaciones, ilusiones” (Juárez, 2003: 13).

La promoción de la salud, respaldada por herramientas como la comunicación y la educación, debe ser eje rector en la formulación de programas con los que se pretenda generar un impacto significativo en el estado de salud de la población. Tal es el caso de los programas formulados para el combate al problema de salud pública que significan la obesidad y el sobrepeso para México.

El diseño de mensajes encaminados a la prevención de esta enfermedad, requiere que se “puntualice el problema [...] sus riesgos, sus estrategias de prevención y las consecuencias a nivel individual, familiar y social si no se toman las acciones necesarias para prevenirla o combatirla” (García, 2008: 541), por lo tanto, el contenido de los mensajes tiene que ser no sólo informativo sino formativo, por ello su difusión tendrá que ser continua y no reducirse únicamente al momento efímero de la consulta o del mensaje en los medios de comunicación.

Además, no basta con elaborar una gran cantidad de mensajes en torno al cuidado de la salud, también resulta preciso incrementar la calidad de la información de calidad contenida en ellos, en la que no sólo se aborden las características de las enfermedades o sus consecuencias una vez adquiridas o desarrolladas; asimismo, informar a la población de la manera en la que se puede combatir o eliminar el riesgo de padecerla.

Parece, al menos de manera teórica, que la salud deja de ser vista como un área que sólo compete a los profesionales del campo médico, sin embargo, ya en la práctica, hace falta desarrollar un trabajo de equipo que involucre a profesionales de diversas áreas que tendrían mucho que aportar en los procesos de prevención y promoción de la salud (González, 2008).

Ante esta afirmación, se torna necesario replantear la tarea de la comunicación, en la que su propósito principal sea generar un intercambio fructífero entre emisor y receptor, basado en un lenguaje comprensible adaptado al nivel de los interlocutores que favorezca la correcta interpretación de los mensajes y que rompa con la pasividad de los receptores. Sin embargo, este quehacer no podrá ser desempeñado si antes no se reconoce la importancia del desarrollo de la investigación social en el diseño, producción e implementación de estrategias encaminadas a la promoción de la salud.

Es necesaria la formación de equipos de trabajo multidisciplinarios para la promoción de la salud, cuyo trabajo se base en la consideración de la salud, más allá de su abordaje biomédico, lo cual permitirá un análisis más puntual de las implicaciones sociales, lo cual contribuiría a “fortalecer políticas de intervención (gubernamentales y no gubernamentales) que mejoren las condiciones de salud de amplios sectores de la población en México” (González, 2008: 164).

Es aquí en donde cobra importancia “la colaboración entre los grupos de investigación en salud con el fin de estructurar redes multidisciplinarias para estudiar problemas complejos relacionados con la salud” (Cabezas, 2006). Por medio de dicha colaboración, se podrían generar redes de colaboración encaminadas a la atención integral de la salud.

Sumado a lo que el mensaje en sí representa, otro agente determinante para que la comunicación pueda desempeñar su papel como transformadora de conductas en el campo de la salud, es el portavoz, llámese médico, docente o comunicador, conviene que éste sea percibido por la población como un actor cercano, sin que con ello se pierda la evidente necesidad de que sea un divulgador formado,

conocedor del tema que aborda no sólo desde un conocimiento avalado por estudios formales, con un respaldo científico, esto en el caso del personal del sector salud, sino desde el conocimiento del contexto y de las características de la población a la que se dirige. Estos “han de guardar una posición de intimidad con la comunidad, de estudio y no de molesta y peligrosa repetición de afirmaciones desconectadas de sus mismas condiciones de vida” (Freire, 1979 en Baena y Montero, 1989: 30-31).

Este emisor, desde el campo médico, debe convertirse en un facilitador del conocimiento, que “potenciando el contacto profundo con los pacientes a su cargo, remarcándose la continuidad en la asistencia prestada” (Enria y Stanffolani, 2005: 341), intervenga de manera directa en el desarrollo del paciente como un agente activo de su propia salud. Tal como lo expresa Tovar “la comunicación con el enfermo y con su entorno será cuestión esencial para ser, realmente, un gran profesional de la medicina (2006: 168). Ésta es una visión ideal de lo que debería ser la relación médico-paciente, sin embargo, en la práctica resulta evidente que debido a la carga asistencial que de manera generalizada se presenta en el sector salud, lo que en realidad se presenta es “la falta de atención personalizada [...] no permite dar seguimiento al paciente” (Ángeles, 2007: 104). Es aquí donde se vuelve evidente que “(...) el área de actuación del primer nivel de atención [...] requiere de un replanteamiento programático que invierta en la formación de recursos humanos” (González, 2007b: 33).

Tal como afirma García “la construcción de un nuevo modelo de salud se vislumbra como un proceso lento que requiere procesos educativos en todos los niveles sobre el tema obesidad y sus consecuencias en la salud. [...] se requiere la difusión de información y la elaboración de programas educativos permanentes” (2008: 542). Escuelas y espacios laborales se presentan como escenarios propicios para la intervención en salud y que a través de estos se puede contribuir al control de determinadas enfermedades como el sobrepeso y la obesidad.

Es evidente que a través de los medios de comunicación masiva, el gobierno mexicano al igual que empresas que se pronuncian en favor de la salud, difunden

mensajes encaminados al fomento de actividades como una sana alimentación o la actividad física. Sin embargo, ante el panorama de incremento de enfermedades de tipo crónico degenerativas, es conveniente enfocar en otro nivel la promoción de la salud, que se vale de la comunicación y de la educación³ como herramientas principales para generar la acción participativa no sólo de los individuos, sino del gobierno y del sector productivo.

Tal como lo señala Meresman, para potenciar el papel que desempeñan las escuelas promotoras de la salud, es necesario que su labor como promotora de la salud, se deje de percibir como la realización de “actividades esporádicas (charlas, campañas, controles de salud) que no toman en cuenta las lógicas escolares, los tiempos institucionales y las prioridades/oportunidades que sin duda existen en la cotidianidad de la escuela” (1993: 2).

Las actividades encaminadas al cuidado de la salud, deben planearse como parte del programa escolar, en las que además se contemple la participación de diversos actores como las familias, los niños, los docentes, los profesionales del área médica, que interactúen con la finalidad de fortalecer las competencias de los individuos en la toma de decisiones favorables para la salud. Se basa no sólo en la transmisión de información sino en el intercambio de conocimientos que van más allá de la mera información.

Dicho intercambio de conocimientos nos coloca ante la creación de redes sociales, lo cual “implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo: en este punto diríamos que es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales” (Dabas, 1998: 21).

La creación de redes posibilita el aprendizaje por medio de la transmisión de logros e intercambio de experiencias, sin dejar de lado que “es importante promover la definición local de los problemas y de las políticas para enfrentarlos

³ Entendida la educación para la salud desde el paradigma democrático propuesto por Jensen, el cual “retoma la concepción holista y abierta de la salud, desarrollada por el movimiento de la medicina social [...] habilitando a los sujetos (tanto individuales como colectivos) para participar activamente en su redefinición (Di Leo, 2009:384)

pues sólo allí se dispone de la debida percepción y sensibilidad a las propias particularidades” (OPS, 2004: 7). Además es importante considerar que la educación y la salud deben fortalecerse mutuamente. No sólo debemos considerar a la educación formal, sino también a la que adquirimos en los distintos ámbitos de nuestra vida cotidiana.

Ya se ha hecho referencia a las implicaciones sociales de la salud, sin embargo debemos considerar que uno de los principales problemas de esta área, radica en la inequidad en el acceso a su atención, así como la calidad de ésta una vez que los individuos están en posibilidad de tenerla. De manera particular, en la atención del problema de salud pública que aquí nos ocupa, debemos tomar en cuenta que “la prevención de la obesidad debe darse en distintos niveles, desde el individual hasta el legislativo. El sistema de salud debe tener un papel crucial en la promoción de la salud y la prevención de la obesidad [...] a través de la orientación al personal y a los usuarios” (García, 2008: 536).

Las políticas públicas que se generan para prestar atención en el área de la salud, deberán tener un enfoque sociocultural que permita comprender el contexto en el que estos se desenvuelven y por lo tanto conocer las posibilidades con las que cuentan para potenciar su propia salud.

El desarrollo de políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud, no sólo compete a ese sector en particular, esa es una tarea que deben asumir los distintos actores políticos y sociales. La salud:

No es un asunto que resolver con decretos y normas. Requiere de cambios estructurales en el sistema mismo y de nuevas mentalidades, capaces de penetrar en la esencia del problema y proyectar soluciones viables [...] «se necesita un pensamiento que: reúna lo que está desglosando y compartimentando; que respete el todo diverso reconociendo el uno; que intente discernir las interdependencias; que vaya a la raíz de los problemas; que sea multidimensional, sistémico y ecologizado, que en vez de aislar el objeto estudiado, lo considere en su entorno cultural, social, económico y político» (Morin E, y Kern A.,1993 en García y Rodríguez, 2007:711)

Como lo plantean Crovetto y Vio, “se requiere de una política de Estado consensuada con financiamiento adecuado, focalizada en los grupos más vulnerables [...] y que sea continua en el tiempo, trascendiendo los gobiernos” (2009: 42). Sólo así se logrará generar políticas públicas que respondan a las necesidades de los individuos y que les permitan tener acceso, de manera equitativa, a los recursos necesarios para promover su propia salud.

Sólo si el Estado es capaz de garantizar entornos seguros, mejorar la calidad de la educación, la vivienda, reducir el desempleo y la provisión de alimentos de buena calidad; entonces los individuos podrán ser partícipes de la mejora de su propia salud.

FUENTES

- Alcántara Moreno, Gustavo (2008), “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, en *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*, Vol. 9, Núm. 1, junio, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela, pp. 93-107.
- Aliaga Huidobro, Elizabeth (2003), “Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: retos y perspectivas”, en *Foro-Salud*, Lima, Perú.
- Ángeles Constantino, Martha Isabel (2007), “La cultura y las formas simbólicas del discurso. Un planteamiento para el uso de comunicación alternativa y la oralidad en el desarrollo de programas de difusión para la salud. La experiencia narrativa desde el enfermo diabético y el entorno familiar”, en Norma González González (coord.), *Pobreza y salud en el Estado de México*, Universidad Autónoma del Estado de México/Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza/ Miguel Ángel Porrúa, Toluca, pp. 91-131.
- Ángeles Constantino, Martha Isabel y Jaime Enrique Cornelio Chaparro (2008), “La comunicación para la salud. Responsabilidad social, cultura y vida saludable”, en Norma González González, Martha Isabel Ángeles Constantino y Fernando Cruz (coords.), *Salud, Sociedad y Democracia*, Universidad Autónoma del Estado de México-Plaza y Valdés, México, pp. 145-161.
- Arenas Monreal, Luz (1998), “Páginas de Salud Pública”, en *Salud Pública de México*, vol. 40, no. 3, mayo-junio, pp. 304-306.

- Baena Paz, Guillermina y Sergio Montero Olivares (1989), *Comunicación para la Salud. Una estrategia para la participación comunitaria*, Editorial Pax, México.

- Bruce, Beatriz (2004), “El concepto de salud en los contenidos escolares: la propuesta de la provincia de Jujuy para el primer nivel educativo”, en *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, número 002, Universidad de Jujuy, San Salvador de Jujuy, Argentina, pp. 211-226.

- Cabello, Garza Martha Leticia y José Guillermo Zúñiga Zárate (2007), “Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico”, en *Ciencia UANL*, abril-junio, año. 7/vol. X, número 002, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México, pp. 183-188.

- Cabezas Sánchez, César (2006), “Programas de investigación: una alternativa integral e incluyente para enfrentar los problemas de salud pública”, en *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, año/vol. 23, número 003, septiembre, Instituto Nacional de Salud, Perú, Lima Perú, pp. 147-148.

- Calderón, Hinojosa Felipe (2010), *El Presidente Calderón en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad*, en <http://www.presidencia.gob.mx/index.php?DNA=85&page=1&Prensa=15154&Contenido=52304>.

- Chapela, Mendoza Ma. del Consuelo (2008), “¿Qué promoción de la salud ha fracasado?”, en Ma. del Consuelo Chapela Mendoza (coord.), *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 91-116.

- CONEVAL/INSP/UAM (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Instituto Nacional de Salud Pública y Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa) (2009), *Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México*.

- Córdova, Villalobos José Ángel, *et al.* (2008), “Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiología y prevención integral”, en *Salud Pública de México*, año/vol. 50, número 005, septiembre-octubre, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 419-427.

- Correa, Jacaranda (2010), *El rotativo: Un solo tema, diferentes miradas*. Canal 22, en <http://www.youtube.com/watch?v=8vdOqMGTzE8&feature=related>.

- Crovetto, M. Mirta y Fernando Vio del R. (2009), “Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: lecciones aprendidas y proyecciones futuras”, en *Revista Chilena de Nutrición*, Vol. 36, Núm. 1, marzo, 2009, Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología, pp. 32-45, disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=46911435004>.

- Dabas, Elina Nora (1998), *Red de redes. La práctica de la intervención en redes sociales*, Buenos Aires, Paidós.

- De Aguilera Moyano, Miguel y Julián Pindado Pindado (2006), “Nuevos enfoques en comunicación y salud: perspectivas de investigación”, en *Comunicar*, año/vol. XIV, número 026, marzo, Huelva, España, pp. 13-20.

- De Lellis, Martín y cols. (2006) *Psicología y políticas públicas de salud*, Paidós, Buenos Aires.

- Di Leo, Pablo Francisco (2009), “La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas”, en *Salud Colectiva*, Vol. 5, Núm. 3, septiembre-diciembre, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73111844006>.

- Enria, Graciela y Claudio Stanffolani (2005), “El Desafío de la Educación en Salud como Herramienta de Transformación Social” en *Revista Convergencia*, año 12, núm. 38, México, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.

- Fausto Guerra, Josefina, *et al.* (2006), “Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México”, en *Investigación en Salud*, año/vol. VIII, número 002, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, pp. 91-94.

- García Rodríguez, José F. y Gustavo A. Rodríguez León (2007), “La salud Pública. Un fenómeno sociocultural complejo”, en *Salud en Tabasco*, año/vol. 13, número 003, septiembre-diciembre, Secretaría de Salud. Villa Hermosa México, pp. 710-713.

- García García, Eduardo, *et al.* (2008), “La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión”, en *Salud Pública de México*, vol. 50 no. 6. Instituto Nacional de Salud Pública, en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10611162013>.

- Gavidia Catalán, Valentín (2003), “La educación para la Salud en los manuales escolares españoles”, en *Revista Española de Salud Pública*, año/vol. 77, número 002 marzo-abril, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Madrid, España, pp. 275-285.

- Gavidia Catalán, Valentín (1993), *La educación para la salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia*. Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales. Universitat de Valencia, España.

- González González, Norma (coord.) (2007a), *Pobreza y Salud en el Estado de México: la atención no hospitalaria de la diabetes*, Universidad Autónoma del Estado de México/Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza/ Miguel Ángel Porrúa, Toluca.

- González González, Norma (2007b), “Conocimiento cualitativo e investigación en el campo de la salud”, en Jorge Arzate Salgado y Nelson Arteaga Botello (coords.) (2007a), *Metodologías cuantitativas y cualitativas en las Ciencias Sociales*, Universidad Autónoma del Estado de México- Miguel Ángel Porrúa, Toluca, pp. 255-273.

- González González, Norma (2007c), *Organización y administración de los servicios de salud, El lugar y la dimensión de la salud pública*, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.

- González González, Norma (2008), “Reforma en Salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud. Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes”, en *Revista Convergencia*, año 15, núm. 46, México, Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 143-168.

- Gúrpide Ayarra, Marín (2006), “Las campañas sociosanitarias”, en Santiago de Quiroga (coord.), *Comunicar es salud*, FT Prentice Hall-Pearson Educación, Madrid, España.

- Hernán Daza, Carlos (2002), “La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud”, en *Colombia Médica*, año/vol. 33, número 002. Universidad del Valle, Cali, Colombia, pp. 72-80.

- INSP (Instituto Nacional de Salud Pública) (2006), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México, en <http://www.insp.mx/ensanut/>.

- INSP (Instituto Nacional de Salud Pública) (2007), *Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006*. Cuernavaca, México, en http://www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf.

- Juárez, Federico (2003), “¿Quién cree en la educación para la salud en la escuela?”, en *Salud y drogas*, año/vol. 3, número 001, Instituto de Investigaciones de drogodependencias, Alicante, España, pp. 11-13.

- Lujambio Irazábal, Alonso (2010), *El Presidente Calderón en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad*, en <http://www.presidencia.gob.mx/index.php?DNA=85&page=1&Prensa=15154&Contenido=52304>.

- Lopategui Corsio, Edgar (2000), *Enfermedades Crónicas*, Universidad Interamericana de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico, en <http://www.saludmed.com/Salud/ECronica/ECronica.html>.

- Meresman, Sergio (1993), *De la salud pública a la salud comunitaria y de la Salud Escolar a las Escuelas Promotoras de Salud*, en http://ipes.anep.edu.uy/documentos/noticias_portada/vinculo_abajo/ed_salud/segunda_semana/ap_bibl/salud_pub.pdf.

- Moreno Altamirano, Laura (2007), “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica” en *Salud Pública México*, vol.49, no.1, enero-febrero, pp.63-70.

- Neira Bronttis, Walter y Ana María Cano Correa (2000), *Comunicación como eje de la salud juvenil*. Washington D.C., OPS/OMS.
- OMS/FAO (Organización Mundial de la Salud/Organización para la Agricultura y la Alimentación) (2003), *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO*. OMS, *Serie de Informes Técnicos*, N° 916. Ginebra, Suiza, en <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2003), *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*, Secretaria General de Sanidad/ Dirección General de Salud Pública/ Subdirección General de Promoción de la Salud Epidemiológica,
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), *Enfermedades crónicas*, en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (s/f). *Prevención de las enfermedades crónicas*, en http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/print.html.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud) (2006), *Herramientas de la comunicación para el desarrollo en entornos saludables*, Washington.
- OPS (2004), *Municipios y Comunidades Saludables, lineamientos generales*, Ministerio de Salud de la Nación en noviembre de 2003, Coordinación Operativa de la Red Argentina, Buenos Aires.

- PAHO (Pan Organización Mundial de la Salud) (1999), *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, en http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

- Rodríguez Beltrán, Mar (2008), “Empoderamiento y promoción de la salud”, en *XI Jornadas de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud*, Alcañiz.

- Rodríguez Rossi, Rubén (2006), “La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación”, en *Investigación en Salud*, año/vol. VIII, número 002, agosto, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, pp. 95-98.

- Rojas Ochoa, Francisco (2004), “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, año/vol. 30, número 003, julio-septiembre, Sociedad Cubana de Administración de Salud, La Habana, Cuba.

- Ruiz Gómez, Alfonso (2006), “La enfermedad crónica en los servicios públicos de salud. La perspectiva de los profesionales y los legos”, en *Investigación en Salud*, año/vol. VIII, número 001, abril, Universidad de Guadalajara, México, pp. 23-30.

- Sacchi Mónica, Hausberger Margarita y Pereyra Adriana (2007), “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”, en *Salud Colectiva*, año/vol. 3, número 003, septiembre-diciembre, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina, pp. 271-283.

- Salazar, Ana María (2010), *Seguridad Total*. Proyecto 40, en <http://www.youtube.com/watch?v=RJDybFkLDtc&NR=1>.

- Sanabria, Ramos Gisela (2007), “El debate en torno a la promoción de salud y la educación para la salud”, en *Revista cubana de Salud Pública*, año/vol. 33, número 002, abril-junio, Sociedad Cubana de Administración de Salud, La Habana, Cuba.

- SS (Secretaría de Salud) (2008), *Programa de Acción Específico 2007-2012. Promoción de la Salud: Una nueva cultura*, México, D.F., en [sesver.ssa.gob.mx/.../1A0C0B3D4B616AC3E0440003BA7B2512](http://www.ssa.gob.mx/.../1A0C0B3D4B616AC3E0440003BA7B2512).

- SS (Secretaría de Salud) (2009), *Micronutrientos ¿qué son y para qué nos sirven?*, en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/8_4_micro_nutrientos.pdf.

- SS (Secretaría de Salud) (2010a), *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso*. México, D.F., en <http://www.promocion.salud.gob.mx>.

- SS (Secretaría de Salud) (2010b), *México Sano*, año 3/núm. 14. México, D.F., en <http://www.salud.gob.mx>.

- Tinoco García, Alicia Margarita (2008), “Redes sociales de apoyo y significados en torno del proceso salud-enfermedad en fase terminal y muerte de una mujer pionera del Grupo Activo Contra el Cáncer (Grupo ACELCA)”, en Norma González González, Martha Isabel Ángeles Constantino y Fernando Cruz (coords.) (2008), *Salud, Sociedad y Democracia*, Universidad Autónoma del Estado de México-Plaza y Valdés, México, pp. 39-76.

- Vega Franco, Leopoldo (2000). *La salud en el contexto de la nueva salud pública. El Manual Moderno*, S.A. de C.V., México, D.F.

- Vega Franco, Leopoldo (2002), “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña Histórica”, en *Salud Pública de México*, vol. 44 número 3, mayo-junio, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 258-265.

- Zárate González, Gilda y Miguel A. Pérez (2007), “Factores sociales como mediadores de la Salud Pública”, en *Salud Uninorte*, año/vil. 23, número 002, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, pp. 193-203.

Papá y Mamá

Sin importar cuáles y cuántas, resultan insuficientes las palabras para agradecerles por todas las oportunidades brindadas... y cómo no si han estado ahí siempre, respaldando mis decisiones. Gracias por sus enseñanzas, por sus regaños y desvelos, gracias por sus preocupaciones porque sin ustedes esto no valdría la pena.

Jul.