

Editorial

El análisis de género incorpora otra justicia

Contenido

- Algunas consideraciones sobre las determinaciones sociales para la equidad en Salud. Prospectiva para México.
- La sociedad mexicana hacia la innovación: un estudio de prospectiva.
- La alimentación desigual: una determinante social de las enfermedades crónico-degenerativas.
- ¿Los riesgos en salud se reducen de manera individual o colectiva?
- Determinantes sociales: un rezago de salud a nuestros grupos minoritarios.
- Factores de riesgo de hiperglucemias en pobreza.
- Factores y determinantes que conllevan a una desnutrición infantil.
- La utilidad de la filosofía en el primer nivel de atención médica para la reducción del riesgo social de la desesperanza y el acto suicidal.
- *Notas.*
- *Información para autores.*
- *Ubicación de la U.I.S.E.S.S.*
- *Directorio I.M.S.S.*
- *Agradecimientos.*



2 Editorial

El análisis de género incorpora otra justicia

*Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha.
Investigadora U.I.S.E.S.S.*

Palabras clave: Salud, enfermedad, atención médica.

Los organismos internacionales especializados en salud han propuesto diversas problemáticas en donde el género tiene un impacto diferencial en la salud de hombres y mujeres. El reto actual es identificar avances y retrocesos en cuanto a las problemáticas de salud-enfermedad-atención en donde está inmersa la condición de género.

La asignación de roles de género suele determinar la percepción de signos, síntomas de enfermedad, el momento de búsqueda de atención médica, la manera de asumir el rol o no de enfermo y cuidador y las necesidades específicas de atención. Estos roles, derechos y responsabilidades y el lugar asignado a la mujer dentro de una sociedad son situaciones que dejan a la mujer vulnerable frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección, a una alimentación deficiente y abuso físico y psicológico. También limitan el acceso a la atención de su salud. Los indicadores de mortalidad y morbilidad son un reflejo de deterioro a su salud y dan cuenta de las condiciones de sobrevivencia a enfermedades crónicas que son poco atendidas. Poco se sabe de las condiciones en que las adultas mayores sobreviven, las situaciones de violencia que enfrentan, la salud mental y de marginación. Muchas siguen estando a cargo de la salud de la familia. Ahonda la vulnerabilidad de la mujer al limitar su acceso a servicios, su capacidad de gestión y el reconocerse sujeta de derechos ante las instituciones de salud. A pesar del énfasis que se ha puesto en su salud, el bienestar y el empoderamiento.

Equidad no implica que hombres y mujeres mueran por las mismas causa, ni al mismo ritmo, sino la actuación oportuna de los sistemas de salud, educación y económico en aquellas enfermedades que sean

prevenibles, de acuerdo a las necesidades y condiciones propias de cada género. La inequidad se manifiesta en situaciones tales como la falta de acceso y control sobre recursos materiales como internos, y puede llevar a decisiones como acudir al médico esté sujeta a la aprobación de otra persona, a la no disponibilidad de recursos económicos, temor o vergüenza. etc. Desde las instituciones se requiere un amplio proceso de sensibilización dirigido a tomadores de decisiones y a personal operativo, con objeto de pensar la salud enfermedad y la atención desde este enfoque de género.

En la región Latinoamérica y México, Puentes, Perez, Torres, llaman la atención del hecho de los dominios donde las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen significativas y constantes a favor de las mujeres son aquellos asociados a los derechos humanos básicos. Particularmente las diferencias son consistentes en el caso de la autonomía, que incorpora el concepto de empoderamiento. Son factores como el bienestar público y la competencia real del paciente para tomar la decisión. Lo que implica cambiar de raíz el modelo predominante en la atención, el cual suele ser paternalista. Los dominios muestran desempeños más deficientes, una estrategia para corregir las fallas es impulsar campañas de sensibilización sobre la importancia de considerar el bienestar relacionada con el género.

El equipo de Torres ha expresado las diferencias en la utilización de los servicios de salud de las mujeres jefas de hogar en vista de que son mujeres que pudieran estar en mayor riesgo y vulnerabilidad que las que no tienen bajo su responsabilidad la jefatura del hogar. Los motivos por los que más recurren las jefas de hogar a los servicios son la diabetes, la hipertensión debido a la estructura de edad más envejecida.



Para un conjunto de autores (Gómez Elsa, OPS 2024). Existen importantes disparidades que radican no sólo en los rasgos biológicos distintivos de cada sexo, sino también en las pautas sociales que regulan las relaciones de género, es decir, la forma en que cada sociedad distingue, articula y posiciona los ámbitos propios del ser y del quehacer masculino y femenino. La información disponible en América Latina y el Caribe ha comenzado a poner en evidencia que las mujeres se encuentran en una posición de desventaja con respecto al control de los recursos necesarios para la protección de la salud. Sin reconocimiento a su contribución protagónica al desarrollo de la salud de sus familias y apoyo social. Por ejemplo, la diabetes mellitus figura entre las primeras 10 causas de muerte en todos los países de la región y afecta predominantemente a las mujeres.

Enfoques

Para comprender el concepto de “determinación de la salud”, es útil considerar la evolución de los enfoques e implicaciones relacionadas con la salud, como a continuación se esquematiza.

Enfoque	Paradigma	Teorías originales	Implicaciones sociales
Epidemiológico clásico	Científico positivista	Teoría de la putrefacción	Control social de personas para la salud
Medicina social	Ambientalista	Teoría del riesgo	Culpabilización de las víctimas que pierden salud
Sociomedicina	Científico social	Teoría social-humanística	Reducir la determinación social de desigualdades en salud
Higienismo	Clínico	Teoría de los humores	Individualismo en salud
Sanitarismo	Biologicista	Teoría del contagio	Acciones mecánicas en personas para la salud

Del cuadro anterior, se deduce que cada enfoque corresponde a una definición de salud, la mayor parte pensando a la salud como un problema individual, lo cual obviamente limita nuestra acción por contemplar solamente a “personas individuales” y no poblaciones, de ahí que requiramos partir de un enfoque eficiente y eficaz para atender la salud poblacional, definida de tal manera que nos oriente a reflexionar asertivamente sobre la amplitud y complejidad de la salud-enfermedad-atención como objeto de estudio, a la vez que nos ayude a realizar con eficacia nuestro trabajo poblacional.

Al efecto proponemos la siguiente definición: “Salud es un proceso vital, de carácter histórico-social, determinado por el acceso y disfrute de bienes materiales y no materiales que promueven el bienestar biopsico-social, evidenciado como el crecimiento y desarrollo, social individual, armónicos, de carácter humanístico, sustentable, democrático y emancipador”.

Esta definición, como punto de partida alude a la salud-enfermedad-atención, como proceso social y no como fenómeno individual. De ahí que recomendemos su discusión y crítica enriquecedora, sobre todo en términos aplicativos.

Algunos elementos que nos pueden ayudar a iniciar una reflexión sobre los enfoques que subyacen en los conceptos relacionados con los determinantes y la determinación (sociales) en salud, parten de la discusión de las ventajas y desventajas del tradicional enfoque de riesgo y el de salud poblacional, como se presenta a continuación.

Enfoque Estratégico	Ventajas	Desventajas
De Riesgo	Intervención individual Motivación individual Motivación a la Clínica Alto costo-eficiencia Riesgo-beneficio positivo	Solo Tamizaje Paliativo Temporal Limitado Cognitivo-conductual
Salud Poblacional	Cambios de fondo Impacto poblacional Aprendizaje poblacional	Beneficio individual pequeño Motivación individual pequeña Poca motivación clínica Costo eficiencia borroso

Como se puede observar, partir de un enfoque o de otro, influirá sobre nuestra concepción de determinantes y determinación, sociales. Así como de las prácticas de salud derivadas (Bilal. 2016).

Determinaciones y Determinantes, lo social en la Salud

Actualmente existen numerosos modelos para explicar la determinación en salud, pero ninguno está completo sin la incorporación de los llamados determinantes sociales, razón por la cual, es importante diferenciar dos aspectos fundamentales que se aluden o se soslayan, en las determinaciones y en los determinantes, sociales relacionados con la salud, y así considerar su validez social:

- 1.-La inclusión de la perspectiva poblacional de salud, como un todo, y no como una sumatoria de individuos.
- 2.-La inclusión de los procesos de desigualdad social en salud,
- 3.-La responsabilidad social que atañe a instituciones y personal de salud involucrados.

Actualmente, las instituciones de salud, aplican dos modelos que aluden a los determinantes y a las determinaciones sociales en salud: uno es de tipo funcional que hace hincapié en “Los determinantes sociales en salud”, y otro que pone el acento en “La determinación social de la salud”, que para entenderlos mejor se hace una comparación de sus implicaciones (Morales.2013) (Duarte.2013) (Ramis.2016)

Concepto	Implicaciones	
Tipo de Modelo	Modelo de "Los Determinantes Sociales en Salud"	Modelo de "La Determinación Social de la Salud"
Políticas	No se cuestionan las bases estructurales de la desigualdad	Sí se cuestionan las bases estructurales de la desigualdad
Éticas	Enfatiza una ética distributiva basada en subsidios liberales que puede estigmatizar a la víctima	Enfatiza la justicia social que promueve el desarrollo social y el crecimiento de la democracia en salud
Equidad	Para recuperar la libertad individual en una economía de consumo	Entendida como resultado de la desigualdad de Género, clase, etnia, generación, etc. En un contexto de dominación o colonización.
Potencial de atención	Fundamentalmente hacia la especialización	Fundamentalmente hacia la atención primaria
Participación	Económica para el consumo	Empoderamiento para el libre desarrollo
Construcción	En relación al sistema	En relación a la población

Del cuadro anterior se pueden deducir, las diferencias de las perspectivas analíticas de determinantes y determinación social de la salud. Siendo fundamental señalar, que al incorporar, el término de desigualdad social, estamos incorporando juicios éticos, sobre la determinación social, ya que el problema de la desigualdad en salud, nos conduce a preguntarnos: ¿Por qué es injusta?, ¿Por qué es inequitativa? , y ¿Si es evitable socialmente?

Conclusión.

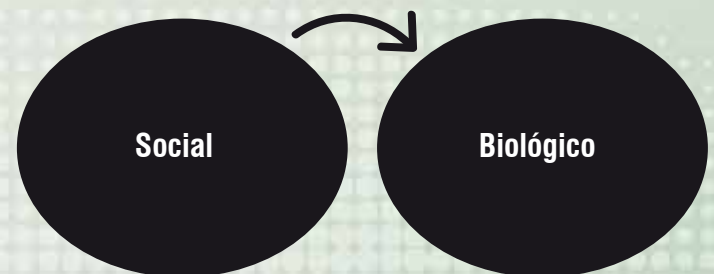
De acuerdo a De Souza Santos (2009), nos movemos en un régimen de ecología de saberes, donde muchas experiencias subalternas se han invisibilizado, experiencias que muchas veces son más importantes que las causas, aplicando esta argumentación al concepto de Determinación social de la salud, adquiere relevancia: re-valorizar y aplicar reflexiones e intervenciones realizadas con responsabilidad social, más que hacer tabula rasa de ellas u olvidarlas.

Para el efecto necesitamos hacer un esfuerzo:

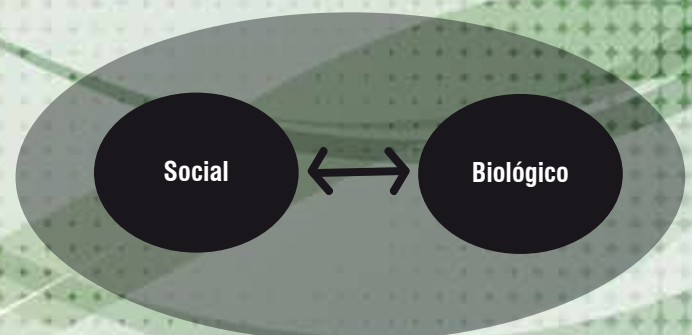
- 1.-Para dialogar y traducir nuestras reflexiones a un lenguaje entendible y valorable por todos, evitando así su ininteligibilidad, favoreciendo la justicia cognitiva, al dar importancia a nuestras experiencias sobre la(s) determinación(es) que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención igualitario.
- 2.-Hacer un esfuerzo para abordar la(s) determinación(es) en salud, desde varias perspectivas teórico - metodológicas, con mayor poder explicativo-comprensivo-aplicativo, mediante el trabajo transdisciplinar.
- 3.-Considerar la posibilidad de cambiar nuestro paradigma para comprender el proceso salud enfermedad atención, como el siguiente modelo:

Cambio de paradigma

- La casualidad compleja empieza a desplazar a los antiguos paradigmas de casualidad simple, como el de "las determinaciones sociales" de la salud que en esencia se reduce así:



- La casualidad compleja de "la determinación social" se puede plantear como una relación dialéctica entre micro-macro; general, particular, individual, natura-social y social-biológico. En un movimiento de cambio permanente de transformaciones mutuas.



Por lo anterior se requiere hacer un análisis más crítico y profundo de los modelos.

La sociedad mexicana hacia la innovación: un estudio de prospectiva

Recibido:	27/Abr/2016
Aprobado:	6/May/2016

Elsy Susana Edith Baltazar Alaniz

Médico Cirujano Partero, Universidad de Guadalajara

María Elvia Edith Alanís Pérez

Doctora en Cooperación y Bienestar Social por la Universidad de Oviedo, profesor e investigador de Universidad de Guadalajara

Referencias

- Hernández FLJ. Epidemiología social anglosajona y epidemiología social latinoamericana: Hay diferencias pero también convergencias Rev Salud Pública. 2013. 15(6): 804—806.
- Bilal Álvarez U. Determinantes de la salud. Universidad de Alcalá. Consultado Mayo 2 de 2016. <http://es.slideshare.net/EscuelaSP/determinantes-de-salud-modelos-criticas>
- Morales Borrero C y cols. Determinación social o Determinantes sociales. Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública. 2013. 15(6): 787-804
- Duarte O A y Fernández JA. ¿Determinación social o Determinantes sociales? Rev Salud Pública. 2013. 15(6): 806-808.
- Ramis A R. Algunas reflexiones sobre: Determinantes, Determinantes sociales y desigualdades en salud. Consultado Septiembre 2 Mayo 2016, en: bvs.sld.cu/revistas/infd/n1512/infd04212.htm
- De Souza Santos B. Epistemología del Sur. 2009. Siglo XXI Editores, México.

Palabras clave: Sociedad, Personas, Escasez.

A partir del siglo XX, el desarrollo de tecnologías diversas ha cautivado la atención de los jóvenes, y ha modificado los estándares establecidos para la sociedad, de tal forma que ahora los hijos tienen más competencias en el uso de aparatos varios que los mismos padres. Se han diversificado la posibilidad de empleo y la forma de comunicación de tal manera, que lo más común es que se comuniquen personas de diversas nacionales, totalmente desconocidas en segundos.

La masificación de la redes sociales, de acuerdo con (Carbonell, 2014), y el uso intensivo de internet por miles de millones de personas alrededor del planeta protagonizan en buena medida los grandes cambios que estamos viendo. Empresas que tienen pocos años de ser creadas y que se manejan con poquísimos empleados adquieren un valor altísimo en un mercado dominado por la tecnología. Cuando en febrero de 2014 Facebook compró la empresa de mensajes telefónicos Whatsapp por 19,000 millones de dólares, en esa empresa trabajaban solamente 33 personas. Cuando la misma Facebook compró Instagram, la red para intercambio de fotografías, en un precio de 1,000 millones de dólares, en ella trabajaban solamente trece personas. Cuando una industria clásica de ese sector, como lo es Kodak, se declaró en bancarrota a principios del 2012, tenía una nómina de 145,000 empleados.

Por ello los investigadores en prospectiva, nos señalan que “el futuro ya está aquí, fragmentado y disperso. Sólo nos falta integrar los pedazos del rompecabezas para entender lo que nos espera. Observar cuidadosamente los signos que vienen del pasado, las tendencias dominantes, los eventos emergentes del ahora y anticipar lo que está en el devenir. Pero ¿por qué el futuro?, con el rompimiento de los paradigmas, nuevos cambios se presentan en la vida de la humanidad. Los niveles de comprensión de los problemas son insuficientes con los instrumentos científicos que teníamos anteriormente. Se requieren nuevas formas de ver y de pensar. Pensar en el futuro nos ayuda a comprender y resolverá problemáticas complejas. Nos ayuda a prever la manera en que podemos enfrentar los problemas” (Baena-Paz, 2011). En el país de México esto no es la excepción y forma parte de otros problemas que nos aquejan y nos solicitan una muy pronta atención.

Escasez de agua: Debido al aumento de habitantes del planeta. En el planeta tierra según (Andersen, 2014), en el año de 1812 habitaban un billón de personas, en el año de 1912 habitaban uno punto cinco billones y en el año 2012 lo eran ya siete billones de personas; y nacen a nivel mundial 212,920 personas cada día (este valor ya ha sido restado de las personas que mueren diariamente); la población humana bebe 20,000 millones de agua y come 9,500 millones de kilos de alimento al día.



El problema del agua es mundial y muy grave. De acuerdo con un reciente estudio divulgado en la revista científica Nature Geoscience, un equipo internacional de investigadores usó modelos de computadora para estimar que menos de un seis por ciento del agua hallada cerca de la superficie de la Tierra, es renovable durante la vida de una persona

En México según el (Times The New York, 2015), la comunidad Menonita situada en Chihuahua desde el año de 1922, emigra a otros países por escasas de agua.

De acuerdo con el libro "Agua" de (Saade, 2005), en el sureste del país se concentra 68 por ciento de los mantos acuíferos, y es en esta misma zona donde se asienta sólo 23 por ciento de la población total de México. En las zonas restantes la situación es de escasez. La misma publicación indica que entre el 40 y 50 por ciento del agua es desperdiciada debido a la mala calidad de la red abastecedora. Además, del total del agua que se utiliza en México, 76 por ciento se aprovecha para la agricultura, y de ésta, con un desperdicio aproximado del 60 por ciento. ¿Y la innovación?, por lo menos existen 2000 invenciones en México para el tratamiento o la recuperación de agua de diversas formas, sin embargo, no se invierte ni promueve las mismas para solución de esta problemática.

Escases de alimento: Según (Andersen, 2014), mil millones de personas pasan hambre cada día y según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2015), esa misma cantidad no tienen acceso al agua y en esa misma proporción viven con menos de un dólar por día, 876 millones de adultos son analfabetos, de los cuales dos terceras partes son mujeres. Para el año 2030, se espera que la población mundial sea de nueve billones de personas. Según (GREENPEACE, 2012), tres cuartas partes de los océanos están agotados o sobreexplotados, las piscifactorías ya producen la mitad del consumo mundial y entre todos engullimos 125 millones de toneladas de pescado al año. Según algunos científicos, si seguimos a este ritmo, en el año 2060 ya no existirán las especies que hoy comemos. Los peces se acaban. El 80% de los océanos están sobreexplotados, la flota pesquera mundial es tres veces mayor de lo necesario y el pescado de piscifactoría supone ya la mitad de lo que consumimos. A este ritmo de depredación, puede que lo único que encontremos en el mar sean medusas y algas.

Cambio climático: De acuerdo con (Dominé, 2015), se hacen referencias de una bomba climática porque existe el peligro de que el gas metano salga rápidamente del permafrost (es la capa de hielo permanente en los niveles superficiales del suelo de las regiones muy frías, durante cientos de miles de años, el permafrost del Ártico, ha acumulado grandes reservas de carbono orgánico (se estima que de 1,4 a 1,85 billones de toneladas métricas). Hay que evaluar el riesgo. La cuestión es saber si nos acercamos a una nueva catástrofe o si solo se trata de otra fuente de

emisión de (CO₂) contra la que habrá que luchar. ¡Es imposible captar el carbono que saldría de 10 millones de km²!, lo único que se puede hacer es frenar el calentamiento global. Es conveniente investigar y atender las causas del cambio climático investigando respecto al gas metano, donde la agencia espacial europea, señala que el propio cambio climático podría acelerar las emisiones de metano a la atmósfera.

Energía: Actualmente, y reforzando la prospectiva de esta investigación, Bill Gates, acaba de anunciar el día 25 de Junio de 2015, que invertirá 2000 millones de dólares en el desarrollo de "energía limpia", y una serie de instituciones y organismos señalo que ellos aportarán una contraparte de 1500 millones de dólares más a nivel mundial para el apoyo de las investigaciones e implementaciones que se realicen para ello. También señalan estar invirtiendo en un proyecto llamado "química solar".

La innovación y lo social: En la sociedad del conocimiento es necesario mantener la formación de capital humano como una de las metas más importantes de las economías (Ruiz, 2008), al ser los recursos humanos los agentes activos del sistema económico las instituciones de educación superior se convierten en participantes importantes del proceso productivo como proveedoras de personal adecuadamente capacitado y como desarrolladoras de conocimiento útil.

La inserción de las tecnologías en múltiples aparatos de diversión, casinos o formas de comunicación como ipad, celulares, redes sociales y a la vez la ausencia de estos medios (en distintas regiones o sesgos poblacionales), nos permiten una visión de que se está transformando la forma de comunicación entre los habitantes, creando una nueva subdivisión de las personas cómo las tecnólogas que manejan tecnologías y las siempre excluidas (que no las utilizan por diversos factores, como pueden ser falta de acceso o falta de recurso económico para hacerlo); según la (OCDE, 2006), aún no se logra la completa aplicación del conocimiento de manera sistémica en los procesos de producción de conocimiento.

Es necesario articular generacionalmente a la sociedad actuando en las sombras del futuro con criterios de legitimidad y responsabilidad. Requerimos una ética del futuro hacia los prójimos con un principio de responsabilidad orientado al futuro lejano. No se trata de predecir, sino de convertir al futuro en una categoría reflexiva, incluirlo en nuestros horizontes de pensamiento y acción. Las sociedades abiertas están condenadas al aprendizaje colectivo. El actor público no acciona, reacciona. Es posible estar paralizado en movimiento; no hace nada a toda velocidad, moverse sin desplazarse, ser vago muy trabajador. Los actores políticos están continuamente apagando fuegos y no formulan objetivos de largo plazo. Deciden sistemáticamente en favor del corto plazo y en contra del largo, renunciando a la idea de que les corresponde arbitrar entre ambos. Se sobrevalora la respuesta inmediata como

antídoto para la incertidumbre. Las falsas urgencias de multiplican y se extiende la presión de actuar inmediatamente (Baena-Paz, 2011).

Por ello es necesario crear oficinas de planeación y programación, con visión a largo plazo en todos los ámbitos, tendrán que cumplir con dos factores muy importantes: que no sean afectadas por los cambios sexenales del poder político o institucional y que no sean corruptas, que sean totalmente transparentes y funcionen hacia un bien común, de tal forma, que el personaje que obtenga el poder, pueda visualizar los avances y apoye los proyectos propuestos para el bienestar de la salud y la sociedad en México.

Las visiones prospectivas señalan que todas las innovaciones y desarrollos tecnológicos en México que se dirijan a ampliar la conservación del agua, el cuidado de la energía o su mejor utilización y captación, el cuidado del cambio climático y los factores que detengan su deterioro, las innovaciones para un consumo de alimentos, para la innovación sustentable o un servicio de apoyo social, o prestación y mejora de calidad de vida en la salud se visualiza que tendrá una gran demanda, un alto potencial de venta y una posibilidad de expansión a nivel mundial, lo anterior provocado por los indicadores de la pirámide de población y los antecedentes del presente y del pasado en todos estos temas.

Referencias

- Andersen, K. (Dirección). (2014). *Cowspiracy: El secreto de la sostenibilidad* [Película].
- Baena-Paz, G. M. (2011). *Acercamiento a la prospectiva*, conferencia en la Universidad del Valle de México, en el mes de marzo. México.
- Bates, A. (1988). *A midway report on the Evaluation of DT200*. Paper Presented at the Computer Mediated Communication in Distance Education. Conference, October, Milton Keynes.
- Carbonell, M. (21 de 02 de 2014). Recuperado el 22 de 03 de 2014, de El futuro de México en energía y seguridad: <http://www.adnpolitico.com/opinion/2014/02/21/miguel-carbonell-el-futuro-de-mexico-en-energia-y-seguridad>
- Carbonell, M. (14 de 03 de 2014). ADN Político. Recuperado el 22 de 03 de 2014, de Carbonell: Despidase del trabajo, le queda poco tiempo en él: <http://www.adnpolitico.com/opinion/2014/03/01/carbonell-despidase-del-trabajo-le-queda-poco-tiempo-en-el>
- Dominé, F. (20 de 11 de 2015). Científicos preocupados por deshielo acelerado del Ártico. Recuperado el 23 de 11 de 2015, de <http://elperiodicodemexico.com/nota.php?id=816064&sec=EcologiaContaminacion>
- GREENPEACE. (01 de 09 de 2012). El último pez en el mar. Obtenido de <http://www.greenpeace.org/mexico/es/GPmagazine/GPM03/El-ultimo-pez-en-el-mar/>

- **Metano afecta el medio ambiente.** (s.f.). Recuperado el 22 de 11 de 2015, de <http://producciondemetanoalmedioambiente.bligoo.com.co/bienvenido-a-bligoo#.VIDHdEtdHmQ>
- OCDE. (2006). *La administración del conocimiento en la sociedad del aprendizaje*. París, Francia: Mayo I Ediciones.
- PNUD. (13 de 09 de 2015). Programa de las naciones unidas para el desarrollo. Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview/>
- Ruiz, C. (2008). *México: geografía de la innovación. Análisis Económico y Social*, .
- Saade, C. L. (2005). *Agua. La Jornada*.
- Times The New York. (18 de 11 de 2015). Los menonitas dejarán México, su país desde 1922; la razón: Chihuahua se queda sin agua. Recuperado el 21 de 11 de 2015, de <http://www.sinembargo.mx/17-11-2015/1554107>



LA ALIMENTACIÓN DESIGUAL: UNA DETERMINANTE SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

Mitzi Rubí Becerra Moscoso

Pasante Médico Cirujano y Partero Universidad de Guadalajara

Recibido: 2/May/2016

Aprobado: 6/May/2016

Palabras clave: alimentación, determinante social, síndrome metabólico, desigualdad.

Las enfermedades crónico degenerativas son unas de las principales causas de muerte debido a sus complicaciones. En Jalisco durante el 2013 más de 13 mil personas murieron a causa de una enfermedad del corazón o por diabetes mellitus según el INEGI. Este hecho ha significado poner un mayor énfasis en la prevención, detección y control para evitar que el número de afectados siga en aumento.

Las personas más afectadas son las que se encuentran en plena madurez, lo que conlleva a desbaratar el futuro de las familias que dependen de ellas y socavar el desarrollo nacional por incapacitar personas activas en sus años más productivos.

En el país los grupos socioeconómicos más bajos registran una mayor prevalencia de factores de riesgo, una incidencia más alta de enfermedades y una mortalidad mayor. La urbanización, la industrialización y la globalización que acompañan la transición económica traen consigo cambios en los modos de vida que propician las enfermedades. Estos factores de riesgo son, entre otros, el consumo de tabaco, la inactividad física y una dieta malsana.

Las estadísticas permiten afirmar que las enfermedades crónico-degenerativas están afectando principalmente a la población más desfavorecida socialmente, es decir, este incremento particularmente rápido es mayor en población con ingresos bajos. El aumento de la obesidad y el sobrepeso y el comportamiento demográfico de México, agregan mayores condiciones de riesgo para la población adulta. Tales tendencias incrementan la demanda de servicios de atención e incrementan los costos por su atención, principalmente los generados por sus complicaciones.

De acuerdo con la OMS, “la justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura”, de tal manera que los determinantes sociales de la salud, en otras palabras, las condiciones en las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, así como el tipo de sistemas que utilizan para combatir la enfermedad son los que determinan la desigualdad y la inequidad social. Estas condiciones están a su vez influidas por fuerzas políticas y económicas de cada región.

Si bien los determinantes sociales son los mismos en todo el mundo y estas enfermedades están presentes en casi todas las poblaciones de la tierra, el aumento diferencial de su incidencia y prevalencia, así como su distribución relativa, presentan grandes discrepancias entre diferentes grupos poblacionales cuando viven en entornos particulares.

Un ejemplo de ello es la alimentación como problema de acceso, que afecta en mayor medida a las personas en condición de pobreza. Así, se puede afirmar que en la población mexicana el problema de las asimetrías alimentarias y la desigualdad en los patrones de consumo se deben en gran medida a las diferencias que se observan en la distribución del ingreso.

Si bien los patrones alimentarios de la población están relacionados con sus ingresos, no necesariamente determinan una alimentación adecuada. La manera en que la industria alimentaria ha conducido la producción, comercialización y publicidad de los alimentos y bebidas, ha dado como consecuencia modificaciones en los hábitos de alimentación, caracterizados por sobreingestión de alimentos y bebidas industrializados de alta densidad energética. La modelación de los patrones de alimentación tiene que ver con los “estilos de vida colectivos”, entendiendo que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influidas por las oportunidades definidas por el medio social en el que viven los individuos. De manera tal que en ciertos estratos de nivel socioeconómico alto se presentan padecimientos como sobrepeso y obesidad asociados a alimentación costosa pero deficientemente balanceada. De igual modo en estratos pobres o de bajos ingresos se observan estos padecimientos además de desnutrición asociados a dietas deficientes, caracterizadas por exceso de alimentos ricos en grasas, azúcares y pobres en fibras, aumento de alimentos y bebidas industrializadas, de bajo costo, alta densidad energética y de mala calidad, que ha venido sustituyendo a la dieta tradicional. Este patrón alimentario contribuye a la presencia de obesidad y diabetes, favoreciendo el desarrollo de síndrome metabólico.

En todo el mundo, la llamada forma de vida tradicional y los patrones de alimentación que habían adoptado las personas a lo largo de las generaciones han tenido a desaparecer debido a las condiciones socioeconómicas de marginación y por el proceso de libre mercado que ha llevado, aun a las localidades más alejadas, productos que han desplazado a los alimentos de la dieta habitual. De acuerdo a lo anterior, y en apoyo al papel que desempeñan las condiciones socioeconómicas y las formas de vida, desde hace varias décadas se han documentado tasas de diabetes y obesidad excepcionalmente elevadas en poblaciones que han cambiado su modo tradicional de vida por uno moderno.

En resumen, en las enfermedades crónico-degenerativas se ven relacionados los factores biológicos (como el componente genético-familiar, las formas de distribución de la grasa corporal y el proceso de envejecimiento) con los determinantes sociales propios de la industrialización,

urbanización y globalización que han propiciado cambios en las formas de vida, en particular en la alimentación y en la actividad física, tanto doméstica, como laboral y recreativa.

Estas modificaciones han conducido, por un lado, a una existencia cada vez más sedentaria forjada por las formas de vida automatizada y con menos oportunidades para realizar actividad física, y por otro, a la mencionada transición alimentaria, las cuales explican el incremento del sobrepeso y la obesidad y el comportamiento epidémico de la diabetes e hipertensión.

En este contexto, la llamada “transición alimentaria”, que ha afectado negativamente la producción y comercialización local y nacional de alimentos y bebidas; aunado al escaso subsidio a la agricultura local, la inequidad en la distribución del ingreso y la ausencia de regulación del mercado alimentario junto con los medios de comunicación sin control y carentes de ética en la publicitación y comercialización de sus productos, han modelado la cultura alimentaria y modificado los patrones de alimentación.

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de las diferentes regiones y las grandes desigualdades sanitarias del país están provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”, sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

Por lo tanto la reducción efectiva de los factores de riesgo de las enfermedades crónico degenerativas y sus determinantes; el desarrollo de innovaciones de atención de la salud costo-eficaces y equitativas en la esfera del tratamiento; todo en conjunto, son la clave para mejorar una condición de vida en la población, la cual se ha reflexionado poco desde este punto de vista, pues la mayoría observa los problemas de salud de manera individual en vez de considerar que este patrón es consecuencia de una problemática más allá del personal de salud.

El objetivo que se propone es controlar eficazmente los factores de riesgo y reducir la carga de la epidemia de enfermedades crónico-degenerativas que está creciendo con gran rapidez en nuestro país. Algunas de las medidas que se pueden implementar, como lo sugiere la OMS² son:

- Reducir los principales factores de riesgo y sus determinantes sociales y económicos por medio de programas comunitarios encaminados a fomentar la prevención integrada de las enfermedades no transmisibles.
- Elaborar normas relativas a la atención y al tratamiento costo-eficaz
- Crear métodos de vigilancia viables para evaluar las características y las tendencias de las principales enfermedades y hacer un seguimiento de las iniciativas de prevención y control.

Afortunadamente estas enfermedades pueden prevenirse en gran medida, tratando los factores de riesgo; ya que tener un buen estado de salud depende más de los hábitos, especialmente de los de tipo alimentario, que de los factores genéticos o sociales. Esto es muy importante considerarlo para poder reducir los riesgos de complicaciones dentro de las determinaciones sociales de nuestro país.

Es aquí donde se hace una invitación al lector que se trabaje en conjunto con un grupo interdisciplinario en el que involucre personal de salud, gobernantes, educadores, economistas, entre otros profesionistas; para poder llevar a cabo la meta de reducir las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones; meta que se ha visto inalcanzable a través de los años, por no poder ver la problemática de manera distinta.

Referencias

- **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>**
- **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.**
- **L. Moreno-Altamirano. Epidemiology and social determinants associated with obesity and type 2 diabetes in Mexico. Revista Médica del Hospital General de México, Elsevier. 2014, Jul-Sept. Vol. 77. Núm. 03.**
- **Carlos Corvalan. II Foro Virtual Salud Humana Y Sistemas Productivos: Efectos del Cambio Climático en la Salud Humana. Los determinantes sociales y ambientales en relación al cambio climático y la salud. OPS/OMS 2012**
- **Friel, Sharon et al. Global health equity and climate stabilisation: a common agenda. The Lancet, Volume 372 , Issue 9650 , 1677 - 1683**

¿Los riesgos en salud se reducen de manera individual o colectiva?

Lic. Susana De la Rosa Hernández
Universidad de Guadalajara. Facultad de Psicología

Recibido:	10/Dic/2015
Aprobado:	10/Dic/2015

Palabras clave: Reducción de Riesgos, Contextos Sociales, Responsabilidad Colectiva, Psicología Social.

Desde la organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPT-OMS, 2016) se menciona que para lograr cambios favorables en los indicadores de salud en el mediano y largo plazo, es necesario hacer aportes desde la promoción de la salud y la reducción de riesgos y que la mayoría de las amenazas a la salud provienen de las conductas humanas individuales y de la civilización en general.

Ante estas definiciones e iniciativas a nivel mundial, en nuestros contextos: ¿qué es un riesgo?, ¿será cierto que la mayoría de las amenazas a la salud provienen de conductas individuales y de la civilización en general?, ¿a qué le llamamos civilización? Desde artículos biomédicos se menciona que la percepción de riesgos implica el reflejo generalizado de un objeto o fenómeno de la realidad que se tiene que concientizar para identificarlo como una amenaza para, en este caso, la salud del individuo (Gallardo Pérez, U. J., 2010). Estos riesgos los seguimos viendo como algo que deben de prevenir y aprender las personas desde sus acciones, dejando de lado sus contextos así como la comprensión del ser humano como un ser también político, cultural, histórico, económico, y que su salud tiene que ver con todos estos campos pues son decisiones colectivas que nos benefician o perjudican a todos y a todas.

A finales de los años sesenta, un conjunto de acontecimientos sociales en Latinoamérica obligaron a cuestionar los alcances del paradigma dominante de la enfermedad, que la concibe como un fenómeno esencialmente de carácter biológico e individual, es entonces cuando se sientan las bases de uno nuevo, de carácter social, que se verifica por el modo de enfermar y morir de los grupos y su relación con otros procesos sociales como el nivel de desarrollo del país o la distribución del ingreso, que definen patrones de desgaste-reproducción particulares según el momento histórico. Ese nuevo paradigma, entonces gestado, resalta la salud-enfermedad como un proceso de carácter histórico, y el papel de la psicología social como disciplina que permite abordar el estudio de las condiciones estructurales de vida de las poblaciones es fundamental para entender de qué manera el contexto de vida de las personas, el acceso a bienes y servicios, impacta su estado de salud (Álvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R., 1996).

En este paradigma cualitativo, en sí socio-cultural, histórico y político, conceptos como riesgo, que desde el punto de vista epidemiológico refiere básicamente a comportamientos individuales, es complejizado en otro como del de la vulnerabilidad social, empleado como indicador de inequidad social y respuesta a demandas estructurales. La psicología social ha ayudado a problematizar la salud y enfermedad como un proceso social caracterizado culturalmente y ha enriquecido la discusión del riesgo como un constructo ideológico, que ha sido fundamental para reorientar acciones de promoción de la salud y programas de prevención. La noción de la salud-enfermedad caracterizada como proceso social, demandó el desarrollo de nuevas estrategias teórico-prácticas encaminadas al entendimiento de los distintos contextos sociales, así como al desarrollo de acciones en salud más acordes con la idea de prevención y responsabilidad colectiva (Aguilar, M. A., Reid, A. (Coord.), 2007).

Actualmente la visión que parece seguir siendo la dominante en el siglo XXI es la biológica e individualista, aquella que responsabiliza de manera individual y aislada y que no comprende que temas como la salud pública, eso son, temas públicos, y no los estamos viendo de esa manera. Si queremos reducir riesgos, hay que hacerlo de manera tanto individual, colectiva y a nivel de sistema político-económico-cultural.

Un ejemplo de esto es el preocupante crecimiento de enfermedades crónicas (Secretaría de Salud Pública, 2012) que continúan hasta nuestros días tanto en población infantil como población adulta y adulta mayor que, además de ser una enfermedad genética, también se nos menciona que es por comer comida chatarra, refrescos, no hacer ejercicio, entre otras explicaciones más; y se brinda una dieta, un medicamento y una recomendación de realizar ejercicio, pero a nivel estructural, de sistema, no se brinda una mejor comida, que sea accesible para toda la población, no se brindan espacios de calidad, accesibles y seguros para realizar ejercicio cerca de casa y los horarios laborales, así como los salarios, tampoco se modifican para permitir que la población logre hacer ejercicio, descanse y realice actividades recreativas a su provecho y salud tanto física como mental.

No debemos seguir responsabilizando a los individuos y a la sociedad aislada de las decisiones de gobierno, de las decisiones políticas y económicas de nuestro país, ya que atravesamos todos estos campos en temas de salud. Nuestras situaciones de salud van más allá que el aumento a impuestos en refresco para que "la gente reduzca su consumo", si en verdad hay interés en que no se consuma, este tipo de mercados no tendrían por qué entrar a ser una opción de consumo para nuestra población. Si en verdad estamos preocupados y preocupadas por nuestra salud ¿cuáles son las iniciativas que estamos lanzando desde la sociedad civil, desde las instituciones, desde los gobiernos para nuestro beneficio colectivo?

Referencias

- Álvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (Coord.) (1996). *Psicología Social Aplicada. Capítulo 14. Psicología Social de la Salud Mental*. Editorial McGraw Hill. Madrid, España.
- Gallardo Pérez, U. J. (2010) *Percepción de riesgos en pacientes con Diabetes Mellitus durante el autocuidado de los pies*. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, Vol. 11, No. 1, p.p. 66-75.
- Aguilar, M. A., Reid, A. (Coord.) (2007) *Tratado de Psicología Social: Perspectivas socioculturales. Capítulo 7. Psicología Social de la Salud*. Universidad Autónoma Metropolitana. Editorial Anthropos. México.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPT-OMS). *Promoción de la salud y reducción de Riesgo*. Consultado en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=787 el 3 de Mayo de 2016.
- Secretaría de Salud Pública (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

DETERMINANTES SOCIALES: UN REZAGO DE SALUD A NUESTROS GRUPOS MINORITARIOS

Lizza Giovany Vela Montalvo

Lic. En Enfermería, Universidad de Guadalajara

Recibido: 4/May/2016

Aprobado: 6/May/2016

Palabras clave: Salud, Determinantes, Enfermería.

Introducción

Desde hace más de 20 años se ha hecho énfasis cada vez con más insistencia en los determinantes sociales de la salud, al referirse a las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que influyen positiva o negativamente en la salud; actualmente se reconocen al estilo de vida, el ambiente, así como la biología humana y la organización de servicios de salud como los principales determinantes de la salud de los individuos.¹

Las investigaciones en el campo de la enfermería se han detenido en conocer y profundizar en los riesgos que pueden afectar de una u otra forma al individuo, familia o comunidad. Pueden existir factores de riesgo en cualquier ambiente que propicie la aparición de enfermedad, como el ambiente físico (agentes infecciosos, fármacos o sustancias químicas), psíquico (estrés), social (comportamientos y estilos de vida, características socioeconómicas, modo de vida, nivel de vida) y factores hereditarios.

Para el personal de enfermería el reconocimiento de los factores de riesgo es relevante porque permite identificarlos y corregir sus efectos a través del método científico de la profesión que es el Proceso de Atención de Enfermería y una vez detectado el problema será más sencillo llevar a cabo un programa en donde en conjunto con el paciente sea más fácil resolverlo.

Desarrollo

Las determinantes sociales son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.² Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

El análisis de los determinantes sociales de la salud se representa en un modelo complejo, sustentado en elementos interactuantes: contexto socio-político, determinantes estructurales e intermediarios, que sustentan el modo como se generan las inequidades.³

El ser humano con sus capacidades biológicas, cognitivas y psicológicas, es un organismo, que al igual que las restantes especies, mantiene una interacción continua con el ambiente que le rodea, esta interrelación garantiza el equilibrio de sus procesos biológicos (homeostasis) que se expresa en la forma de vivir, de satisfacerse, de percibir la salud, e incluso de enfermar y morir.⁴ El ambiente del ser humano es altamente complejo, se puede hablar del entorno físico-geográfico (latitud-longitud; altura del nivel del mar); higiénico-habitacional (condiciones de vivienda,

hacinamiento, saneamiento básico, acceso al agua); económico (acceso y control sobre los recursos económicos: ingresos, seguridad social, créditos); cultural (ideología, cosmovisión, sistema de derechos ciudadanos); y humano (sistema de relaciones familia, pareja, trabajo, comunidad).

El Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.⁵ Se han creado diversos programas que están en constantes cambios y mejoras para cumplir con el objetivo del artículo 4° constitucional, pero las barreras sociales son muchísimas y no se ha podido avanzar del todo.

Si bien es cierto que hacen falta muchos recursos económicos, políticas eficaces de salud en donde se beneficie a la mayoría y no a unos pocos, instancias de primer nivel, insumos, personal capacitado y comprometido con el bienestar de la población, también es verdad que se puede trabajar desde abajo.

Existen algunos nosocomios especializados llenos en su totalidad de pacientes crónicos, pero el verdadero cambio está en los que aún no enferman (sin dejar de lado los que ya tienen el padecimiento) la clave está en la cultura de la prevención y la reducción de riesgos.

Conclusión

Nuestro país está lleno de tradiciones y costumbres milenarias que están muy arraigados pues han sido pasados de generación en generación de abuela a hija y de hija a nieta, y aunque muchas cosas han cambiado para bien, existen muchos lugares en los cuales se localizan los cinturones de pobreza, las zonas marginadas, las urbes de analfabetismo y nuestras muchas veces olvidadas poblaciones indígenas donde prevalecen esas ideas no del todo favorables para la mejora de salud del individuo.

Se ha avanzado pues muchas de nuestras abuelas pensaban que un niño gordito era un niño sano y ahora se sabe que puede haber niños obesos desnutridos, el avance de la tecnología nos ayuda a romper con tabúes y comunicar los avances para quienes tienen acceso a algún aparato, por otro lado siguen en rezago de salud muchas personas que no tienen ni siquiera un centro de salud de primer nivel para las inmunizaciones del cuadro de vacunación.

Existen muchas cosas por hacer, un equipo multidisciplinario de salud comprometido con la cultura de la prevención muchas veces se ve limitado por insumos, pero el verdadero trabajo especialmente de enfermería va más allá de las cuatro paredes que conforman un establecimiento de salud, la enfermería comunitaria es la base de la reducción de los riesgos, el rezago social existe y no lo podemos evitar pero podemos trabajar más para evitar que se sigan rezagando todas esas personas que el día de mañana serán enfermos crónicos.

FACTORES DE RIESGO DE HIPERGLUCEMIAS EN POBREZA

Recibido: 2/May/2016

Aprobado: 6/May/2016

Christian Nava Garibay

Pasante Lic. En Nutrición Universidad UNIVER Plantel Zamora

La salud lejos de ser igualitaria debería de tener equidad, pues hay quienes necesitan más que otros, y estos rangos van muy de la mano con las determinantes sociales. Pues hay quienes por su vulnerabilidad necesitan más.

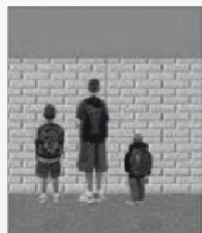
Palabras clave: hiperglucemia, pobreza, determinante social

La hiperglucemia es un signo la cual es una enfermedad no transmisible (ENT), silenciosa que mata a 1.5 millones de personas al año; que afecta desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi todas las muertes. ⁽¹⁾

En México se registra un aumento de este signo (hiperglucemia), como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de los riesgos asociados a la industrialización y a la urbanización, a estos fenómenos se les ha denominado como problemas emergentes, que afectan tanto a las poblaciones de ingresos altos, ingresos medios y a los pobres en especial. ⁽²⁾

La hiperglucemia se ve favorecida por factores de vida poco saludables. Por ejemplo, en forma de dietas mal sanas, obesidad, hiperlipidemias y economía.

Los niños, adultos, ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que conlleva a la hiperglucemia.



Ante un mismo problema:

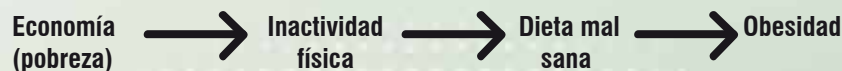


¿Lo justo es dar lo mismo a todo el mundo?



¿O cada uno lo que necesite?

FACTORES DE RIESGO



¿QUÉ IMPACTO SOCIECONÓMICO TIENE ESTÁ ENFERMEDAD?

La pobreza está estrechamente relacionada con la hiperglucemia. Se provee que el rápido aumento de sus consecuencias serán obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en particular, porque disparan los gastos familiares por atención médica.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo escrito, para reducir el impacto de hiperglucemia en los individuos y en la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral que promueva la cooperación a todos los sectores; relacionados en la salud, finanzas, educación, agricultura y la planificación a colaborar para reducir los riesgos asociados a la hiperglucemia, así como a facilitar las intervenciones que permitan prevenirla y controlarla.

Referencias

Referencias

- Santos Padron, Hilda. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2011, vol.37, n.2 [citado 2016-05-04], pp. 0-0 .
- Comisión de Determinantes Sociales de la Salud OMS. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza; 2009 p. 1-31
- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Frenk J L. Sistema de salud de México. Salud Pública de México. 2011;53(2):220-32.
- OPS/OMS. Perspectivas para la salud regional. La Salud en Las Américas 2007. Washington, DC; 2007. p. 427-50.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º Última Reforma Vigente publicada DOF 27-01-2016

- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012; 380(9859):2224-2260.
- Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, Lim S et al.; Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. N Engl J Med. 2014;371(7):624-34. doi:10.1056/NEJMoa1304127.
- Aguilar-Salinas C, Reyes-Rodríguez E, Ordóñez-Sánchez M.L. et al. Early-onset type 2 diabetes: Metabolic and genetic characterization in the Mexican population. J Clin Endo Metab 2001 en prensa.
- Comunicación y perspectiva de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. Endocrinología y Nutrición. (8) 1: 5-13. México. 2000.

Factores y determinantes que conllevan a una desnutrición infantil

Lic. José Raúl Valdez Leyva.

Pasante Lic. Nutrición. Universidad UNIVER Plantel Zamora

Recibido: 2/May/2016

Aprobado: 6/May/2016

Palabras clave: economía, desnutrición, educación.

Vamos a entender como desnutrición al aporte insuficiente de nutrientes, una mala absorción y aprovechamiento, o una pérdida sistemática por consecuencia de una enfermedad como lo puede ser una diarrea por mencionar alguna.

En la actualidad uno de los problemas que también está muy presente en nuestro entorno es la “desnutrición infantil”, la correlación de una mala alimentación con la pobreza en los hogares mexicanos se ha visto cada vez más acrecentada por la evidente brecha de inequidad socio-económica que se presenta en nuestro país.

En estos casos, es que la mayoría de la población afectada no cuenta con una educación adecuada para poder enfrentar el impacto que lleva un estado socio-económico bajo sin el poder adquisitivo o las facilidades de acceder a una variedad de alimentos ricos en macronutrientes y micronutrientes para mantener un buen estado de nutrición y de salud.

Tanto la falta de alimentos como su ingesta excesiva y el desbalance de micro y macro nutrientes son componentes de la mal nutrición. La OMS (2010), señaló que el consumo mal sano está creciendo rápidamente en entornos con escasos recursos. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente desde los 80's. ⁽¹⁾

Cuando no hay un ingesta adecuada de alimentos durante un periodo de tiempo mayor a 4-6 semanas, o bien cuando se tiene un ayuno prolongado por más de 12 horas durante un periodo mayor a 8-10 días nos va a detonar de un momento a otro en un estado de desnutrición sin que los individuos presenten algún signos o síntomas que nos indiquen la presencia de la desnutrición, la cual se clasifica de la siguiente manera según su:

Etiología: Primaria y Secundaria.

Duración del Déficit: Aguda y Crónica.

Afectación: Leve, Moderada y Severa.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, realizada en 2012, en todo México 2.8% de los menores de cinco años de edad presentan bajo peso, 13.6% muestran baja talla y 1.6% desnutrición aguda (emaciación).

Debido a que las consecuencias y repercusiones en la salud dependen del nutrimento que falte en el organismo. La enfermedad más común en México es la anemia. ⁽²⁾

La desnutrición infantil que se presenta con mayor intensidad es la que ocurre en los hogares que residen en localidades rurales (localidades menores de 2,500 habitantes) donde se observan niveles de desnutrición considerablemente más altos que en los hogares de zonas urbanas (31.5% y 12.3%, respectivamente).

En los hogares en condición de pobreza, se observa que las unidades domésticas rurales presentan una mayor proporción de niños menores de 5 años que padecen desnutrición: entre los hogares en pobreza alimentaria, el desmedro es de 36.8% en las comunidades rurales, en comparación con 29.2% en las urbanas. Esta situación refleja la menor accesibilidad y abasto de productos alimenticios en las localidades más aisladas y dispersas. ⁽³⁾

Los pobres extremos de alimentación afrontan un doble reto para acceder a una nutrición adecuada; por un lado tienen problemas para adquirir alimentos por razones económicas (ingresos bajos e insuficientes para acceder a una canasta alimentaria); y, por otro, debido a la alta prevalencia de carencias sociales como el rezago educativo, la falta de acceso a la seguridad social y a los servicios médicos, así como a los rezagos en servicios básicos. calidad y espacios en la vivienda, padecen un bajo aprovechamiento de los alimentos, derivado de factores como malos hábitos y condiciones de salud e higiene deficientes, así como escasos servicios básicos en sus viviendas.

Así el grupo de población que enfrenta mayores restricciones para ejercer el derecho a la alimentación está constituido por las personas en pobreza extrema de alimentación, que en 2012 sumaron 7.0 millones (gráfica 2), de las cuales 3.1 millones residían en zonas rurales y 3.9 millones se encontraban en zonas urbanas. ⁽⁴⁾

Referencias

- L. Moreno-Altamirano. **Epidemiología y determinantes sociales asociados con obesidad y diabetes tipo 2 en México.** *Revista Médica del Hospital General de México, Elsevier.* 2014, Jun-Sept. Vol. 77. Núm. 03.
- **La desnutrición en México.** <https://www.uxns.com.mx/noticias/la-desnutrici%C3%B3n-en-m%C3%A9xico>
- **Desnutrición infantil y pobreza en México.** <http://bvsper.paho.org/texcom/nutricion/sedesol.pdf> pág. 14
- **Programa Nacional Mexicano Sin Hambre 2014-2018** http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343098&fecha=30/04/2014

La utilidad de la filosofía en el primer nivel de atención médica para la reducción del riesgo social de la desesperanza y el acto suicida

Dr. Juan Enrique Sánchez Ochoa

Médico. Psicólogo. Filósofo. Mtro. en Terapia Familiar Sistémica y Psicología Analítica

Doctor en Ciencias del Desarrollo Humano. Doctor en Metodología de la Enseñanza

Recibido: 29/Abr/2016

Aprobado: 6/May/2016

Palabras clave: Salud, Suicidio, Salud Mental

La OMS en el año 2002 y dentro del texto de su "Informe sobre la salud en el mundo", aborda el tema de esforzarse en reducir los riesgos dentro de las determinaciones sociales a la salud. El concepto de "Reducir los riesgos" es amplio. De acuerdo a la OMS en su trabajo publicado en el año de 2002, esta es una acción que consiste en que en todas las áreas que prestan servicios a la salud, se orienten los prestadores de servicios en conjunto a "promover una vida sana". En su texto, los colaboradores que participaron en ese trabajo. Adoptaron como definición internacional, el conceptualizar sucintamente que el "riesgo para la salud", es una condición polivalente en que cabe siempre "la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad". (1)

Dentro del trabajo de la OMS en cita, se especifican las diferentes determinaciones sociales de riesgos a la salud para advertir y tomar acciones tanto por los miembros de la ONU/OMS que son: Jefes de Estado, Ministros, Gerentes de Servicios de Salud o encargados de las políticas sociales, así como de alertar a los investigadores de los países integrantes y afiliados, sobre los factores que deben de tenerse presentes para contemplar las directrices de la planeación preventiva y de atención a la reducción de los factores de riesgo de forma objetiva y que, a su vez, estos puedan servir incluso luego como indicadores epidemiológicos. Un factor que se destaca en el "Informe sobre la salud en el mundo 2002", es el riesgo social de la "posición socioeconómica" de la población vulnerable. De acuerdo a la OMS aunque cada situación es particular, de éste riesgo, se hace un especial énfasis en el trabajo ante las circunstancias psicosociales. Se destacan en ese apartado que tanto la falta de apoyo social, las situaciones de estrés, esto es, todo aquello que congloba los acontecimientos vitales negativos en una persona y el poco control de las emociones, entre otras situaciones existenciales, invitan a reflexionar en el difícil problema de ¿cómo reducir el riesgo social de las personas suicidas?

La desesperanza y el suicidio

El suicidio es uno de los riesgos sociales que ocupa un lugar relevante en la esfera psicosocial. Este trabajo aporta la opción de la filosofía como auxiliar en la atención médica y en la psicoterapia. Dadas las fáciles condiciones para la realización de un acto suicida, se plantea el reto de ¿cómo se debe de abordar la reducción del riesgo social en primer nivel médico de atención ante una persona con la elección de una libertad fatal? De entrada la opción lógica en el pensamiento de un clínico es mirar hacia la opción del uso de los psicofármacos y la psicoterapia. Empero el tema del suicidio es complejo y en extremo difícil de pensar sólo en esa opción. La OMS lo define como un fenómeno complejo. (2) El riesgo social en el suicidio es muy alto y ha cobrado gran relevancia en la investigación clínica, epidemiológica y terapéutica, con los distintos enfoques que se tienen en los últimos 30 años. La opción clásica de atención psiquiátrica y psicológica ahora permanece en la incertidumbre respecto al pronóstico y dista de contar con un manejo óptimo. La desesperanza se

ha convertido en el principal riesgo social de esta decisión y está presente que de su dominio el médico del primer nivel en conjunto con el paciente y el equipo de salud, se logre reducir su riesgo social. Es pues, el proceso de resolución o éxito de la comisión de un suicidio que dependiendo de la intensidad emotiva de esta condición humana regida por la desesperanza, se ha tornado en un tema actualmente acuciante. Para atender y disminuir el factor psicosocial de riesgo dentro de las determinaciones sociales a la salud en personas afectadas por la intensa emoción de la desesperanza, se plantea de entrada un difícil plan de atención con los modelos médicos de salud mental tradicionales y aun de vanguardia que se ven reducidos a saberes limitados y poco alicientes para el paciente. (3) Por ello, ha señalado por la OMS y sus asesores que en el proceso de evolutivo hacia la letalidad que conlleva el suicidio, éste debe ser visto lejos de la esfera de ser un problema clínico reducible, como se pensó antaño en la anterior concepción clásica de la depresión, como factor único y que una vez resuelto, sería siempre exitoso. Desde las ciencias sociales se hace una distancia también del antiguo desvalor social de que del suicidio, según el trabajo del sociólogo y pionero francés Emile Durkheim (1858 - 1917) es una condición humana de fracaso común que hizo que éste tema fuese científicamente infravalorado. Durkheim expresó que el suicidio era un suceso social intrascendente y "algo normal en las sociedades". (4) El suicidio con su auge en los finales del siglo XX y su actual progresión en el nuevo siglo, dio un giro inesperado luego de que con la advertencia de la National Adolescent Health Information Center, (5) contabilizaba entre sus datos sobre el suicidio que de éste se producían un millón de decesos voluntarios al año. Lo que en tiempo real era en esa época la cantidad de vidas aniquiladas a una muerte auto provocada cada 40 segundos y con una mortalidad global de 16/100.000 habitantes. La apreciación de Durkheim que con su peso y alta estima intelectual de antaño hizo del suicidio como un hecho social normal e intrascendente, fue para los gobiernos abanderados bajo el lema de "orden y progreso", dejado de lado y esa opinión de "normal", pasó a ser una concepción científica obsoleta. El suicidio ha pasado de ser infravalorado a ser actualmente un fenómeno alarmante y más bien, para su investigación y atención, se ha vuelto a los revisionistas un proceso de suma complejidad metodológica y científica. (6) El suicidio ha cobrado relevancia en México, dado que en el año de 2015 entre la población incrementó su riesgo social de letalidad con la cifra de 5 suicidios por cada 100,000 habitantes, colocándose en la décima cuarta causa de muerte en México. El 40.8% de los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años y entre ellos alcanza el 7.5 % suicidios por cada 100, 000 habitantes. (7)

¿Para qué sirve el asesoramiento filosófico en la práctica médica?

El problema de salud mental mundial ante el fenómeno al alza del suicidio, estiba en lograr la mejor oferta de atención posible para la población. Este problema social no es exclusivo de México, sino de todos los países. La desesperanza como factor crucial señalado por la OMS, es en el argot médico un término ambiguo, romántico y más literario y poético que clínico.

Pero al profundizar en él, éste expresa una connotación distinta a las descripciones tradicionales que se han equiparado a la depresión dentro de la nosología psiquiátrica y psicológica de orientación naturalista.

El psiquiatra alemán Karl Jaspers (1883-1969) ha descrito a la desesperanza como un conjunto de “situaciones que son, por su esencia, permanentes aun cuando se altere su apariencia momentánea: no puedo menos de morir, ni de padecer, ni de luchar; estoy sometido al azar; me hundo inevitablemente en la culpa”.⁽⁸⁾ En México hablar de la desesperanza se entiende como una situación médica de “depresión”. Para ello, se cuenta con el manejo dos modelos vigentes para la atención del fenómeno suicida. El primero es el “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental”,⁽⁹⁾ vigente con su programa de atención desde el año 2004 y en vigencia hasta el año de 2018. El segundo es la guía interinstitucional para el “Diagnóstico y Tratamiento Del Trastorno Depresivo”, desarrollado por un colegio de investigadores de diferentes dependencias y publicado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, dentro del catálogo de guías de práctica clínica IMSS 161-09, 2009.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, queda por abordar en estas guías, el problema existencial de la reducción del riesgo social que representa la situación de la desesperanza. Estos programas y los modelos de atención institucionales, se refuerzan además con el paradigma internacional, que se adopta también en México con la guía WHO/MNH/MBD/00.8 de “Prevención del suicidio: Un instrumento en el trabajo” presentada por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales de la Organización Mundial de la Salud, en la ciudad suiza de Ginebra en el año de 2006.⁽¹¹⁾ Todas las perspectivas descritas convergen en ser modelos de atención y ayuda para profesionales en la salud mental y sus colaboradores, en proceso de atención a personas proclives a autolesionarse tanto a ellas y en casos especiales, además otros, de forma letal. Una opción que institucionalmente aún no se aborda, es el trabajo que otros investigadores ajenos a la práctica médica y psicológica desde las Ciencias Sociales, en los últimos 50 años en Europa, se han venido atendiendo problemas complejos existenciales desde a filosofía de forma experimental. Se trata del “asesoramiento filosófico”.⁽¹²⁾ La utilidad de la filosofía aplicada es “que ayuda a los sujetos y a los grupos a profundizar en las implicaciones filosóficas de sus pensamientos y, por tanto, a mejorar la criticidad e intensidad de sus existencias. Así, sus herramientas principales surgen en el universo del pensamiento crítico (retórica, lógica y dialéctica), del pensamiento creativo y en las instancias fundamentadas en la racionalidad experiencial. Esta racionalidad crea verdades surgidas no sólo de la argumentación sino de vivencias que marcan y conforman al sujeto”.⁽¹³⁾ En la psiquiatría médica de perspectiva existencial, antes del auge suicida, ya se había justificado y demostrado el éxito del uso de la filosofía dentro de la práctica médica como terapia, como coadyuvante y de ser su estudio para la práctica clínica una valiosa herramienta en el diálogo con el paciente. El problema clínico de la situación de desesperanza es que si bien, está presente, lo es como la espada de Damocles: Es un factor de

contención, un detonante o un punto frágil de equilibrio en la comisión de un acto de suicidio. Los trabajos pioneros de esta dirección son los realizados por los psiquiatras Ludwig Binswanger, Viktor Frankl, Carl. G. Jung, Rollo May, e Irvin D. Yalom, como un ejemplo.⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ El tratar en diálogo con una persona aquejada de una o varias situaciones que se conjuntan con la palabra “desesperanza”, plantea un problema para el médico clínico en el primer nivel de atención, a la que acude el paciente de forma subsecuente y al que tendrá que estar valorando. Antiguamente aunque la filosofía era una parte fundamental de la formación del médico, como puede ser cualesquier otro conocimiento básico en la posmoderna medicina, como por ejemplo lo es la anatomía o la fisiología,⁽¹⁷⁾ de poco a poco, la filosofía en la praxis médica se fue desvalorando, pese a contar con una gran tradición histórica y de las ideas que, aunque fue practicada por notables médicos-filósofos, se fue volviendo en las universidades europeas a partir del siglo XIX con el auge de positivismo y el trabajo de Durkheim, en un saber considerado obsoleto. Sin embargo, la situación actual hace imperativo el regreso del estudio hoy de la filosofía ante el problema de tratar en la cotidianeidad de la consulta el problema existencial de la desesperanza.

En el suicidio como problema de salud mental y de problemática social de reducir su riesgo, se hace impostergable retomar de nuevo con discreción la formación filosófica de antaño, tanto en las aulas universitarias como parte integral de la cultura del estudiante de medicina y de las ciencias y áreas afines así como en las instituciones de posgrado. El dar además del tratamiento estándar por el médico en el primer nivel un plus con un apoyo del dialogo inteligente que aporta esta ciencia, es esforzarse en apego a la ética, en reducir el riesgo social de reincidencia de la acción suicida. Sin duda que su estudio representa un esfuerzo, nada simple y es a la vez un reto para el médico práctico que requiere de adquirir una mayor formación ante el problema de la desesperanza y el suicidio. Este enfoque de asesoría sólo se da en la pauta de que, una vez que es resuelta la emergencia médica y psicofísica que pudiera estar presente y ya subsanada la contención emocional de la situación de crisis, se iniciará una vez que pasó el estado emocional crítico. Algunas obras que se citan son básicas para el profesional de la filosofía, pero para el principiante en este campo, son de fácil lectura y cuentan con un respaldo de erudición.^{(18)*} Por su complejidad los diálogos de las personas sumidas en la desesperanza por la que transitan los consultantes, requieren de una escucha profunda y confluyente, con la formación filosófica se puede ajustar al tiempo de atención de forma productiva y resolutive ante las condiciones especiales que se tienen ante una agenda apretada institucional y ayuda a gestionar el trato digno con estos pacientes. La formación filosófica siempre aportará al médico y su equipo en el primer nivel los elementos de diálogo constructivo y de plantear alternativas para explicar y afrontar la situación de la propia condición humana que enfrenta el paciente y que, en el reflexionar conjunto con el paciente en el tiempo preestablecido de consulta, no interfiere ni se contrapone en la atención que le sea otorgada y aporta el beneficio de buscar alternativas para

que le sea otorgada y aporta el beneficio de buscar alternativas para enfrentar la dinámica de la desesperación o la angustia que llevan a la desesperanza. ⁽¹⁹⁾ La filosofía que durante la primera mitad del siglo XX paradójicamente se pensó quedaría en el olvido y como un recuerdo romántico de la praxis médica, ahora vuelve a ser de regreso puesta en servicio en el acontecer y el diálogo clínico. Esta ciencia aporta y suma al esfuerzo y se sirve de ella como respaldo, ayuda y acompañamiento comunicacional que es esperado por el paciente de un médico que, con esta se esfuerza en lograr cambiar el curso de la autopercepción derrotista del paciente, de su sí mismo que, ante la autopercepción de sentirse vencido por la adversidad, puede pasar de dejar atrás el ser una persona emotiva y doliente, a una metafórica “vuelta de página”, para retomar con optimismo el perdido sentido de vida y a reencontrar en su entorno una salida digna ante el atroz sentimiento de desesperanza y sus consecuencias fatales. ⁽²⁰⁾

Referencias

- OMS/WHO (200) Informe sobre la salud en el mundo Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana, pág. 3.
- WHO/OMS (2006) “Prevención del suicidio recurso para consejeros”, serie de recursos, 7, pág. V.
- WHO/OMS (2006) Prevención del suicidio: Un instrumento en el trabajo Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, pág.5.
- Durkheim, Emile (2004) El suicidio, Editorial Losada, Buenos Aires, pág.9.
- National Adolescent Health Information Center (2006) Fact Sheet on Suicide: Adolescents & Young Adults. San Francisco: University of California.
- WHO/MNH/MBD/00.9 (2009) Prevención del suicidio: Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, pág. 4.
- Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>/INEGI (2015) “Estadísticas a propósito del (...)Día mundial para la prevención del suicidio (10 De Septiembre)” Datos nacionales.
- Jaspers, Karl (1950) Introducción a la Filosofía. Doce conferencias de radio, Zúrich.
- Programa De Acción Específico 2013-2018, Salud Mental, Gobierno de la República, México
- Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (2009) Diagnóstico y Tratamiento del. Trastorno Depresivo, GPC. Guía de Práctica Clínica, IMSS-161-09.
- WHO/MNH/MBD/00.9 (2009) Óp. Cit.
- Barrientos Rastrojo, José (2005) Introducción al asesoramiento y la orientación filosófica, Ideapress, Tenerife.
- Ibíd. págs. 177-194.
- May , Rollo (1987) La psicología y el dilema del hombre, México D.F., Editorial Gedisa Mexicana.
- Frankl, Viktor (1990) Los fundamentos antropológicos de la logoterapia, Herder, Barcelona.
- Corey, Gerald (2011) Theory and Practice of Group Counseling, Hardcover
- Hipócrates (1987) De la medicina antigua, UNAM, pág. XXI.
- Se sugieren las siguientes obras al lector interesado en el tema: Joad, C. E. M.(1979)Guía de la filosofía, Editorial Losada, Argentina. Bocheñski, Józef M. (2002) Introducción al pensamiento filosófico, Editorial Herder, Barcelona. Soublette, Gastón (1990). El libro del tao y la virtud de Lao-Tsé. Cuatro Vientos.Calvo Jiménez, Manuel (2012) Despertando a la razón (una iniciación a la filosofía), Editorial Alegoría, España.Barrientos Rastrojo, José &Cols. (2015) Introducción a la filosofía aplicada y a la filosofía clínica, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana, España.
- Marinoff, Lou (2010) Más Platón y menos prozac, S.A. Ediciones B. España.
- Comte- Sponville, André (2001) El Mito de Ícaro: Tratado de la Desesperanza y de la Felicidad, Machado Libros, Madrid.

El **Centro de Atención a Clientes Yakult**, tiene como razón de ser, promover la salud y la cultura a través de diferentes actividades **gratuitas**, que puedes consultar en nuestro sitio web www.yakult.mx, además contamos con servicio de Biblioteca y préstamo de salones así como pláticas permanentes sobre educación en diabetes. Av. Chapultepec No. 451 esquina con Guadalupe Montenegro. Tel: 3827 1330.



- **Se inicia Maestría en ciencias socio médicas, IMSS- UDG, calendario 2016A.**
- **Concluye la fase de Doctorado de la primera generación del postgrado en socio- medicina, graduándose el 100% de los alumnos., IMSS-UDG.**
- **Damos la Bienvenida a los nuevos pasantes de la UISESS:
Dra. Mitzi Rubi Becerra Moscoso, pasante de Lic. Médico Cirujano y Partero
Lic. José Raúl Valdez Leyva, pasante de Lic. En Nutrición.
Lic. Christian Nava Garibay, pasante de Lic. En Nutrición.**



El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores.

Información para autores

- Los manuscritos deberán basarse en el manual “Uniform requirements for manuscripts submitted for biomedical publication”, del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
- Deberá llevar hoja frontal con título, autores, grado, adscripción y dirección de correspondencia.
- Resumen menor a 100 palabras.
- Artículos originales llevarán introducción, material y métodos, resultados y discusión.
- Ensayos llevarán introducción, desarrollo y conclusiones discutidas.
- Referencias, citadas estilo APA.
- Cuadros y figuras en archivo aparte, los primeros con números romanos y segundos con arábigos.

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No.1000, Bajo la Farmacia Central del del Centro Médico Nacional de Occidente en la colonia Independencia. Guadalajara, Jalisco, México. CP. 44340 Teléfono y fax 36 68 30 00 Ext. 31818.



¿Tienes algún comentario, sugerencia o te gustaría participar con nosotros?



Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:
Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)
javier.garciaal@imss.gob.mx
Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)
ana.salcedo@imss.gob.mx

Boletín U.I.S.E.S.S. está incluido en los índices:

- IMBIOMED
- DIALNET
- LATINDEX
- BENSON COLLECTION OF UNIVERSITY OF TEXAS LIBRARIES
- WWW.YAKULT.MX
- CENGAGE LEARNING

Visita nuestra página web:
www.uisess.org

BOLETÍN UISESS, Año 16, Número 3, Septiembre-Diciembre 2015, es una publicación cuatrimestral editada por la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, ubicada en Centro Médico de Occidente, Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia, C.P. 44349, Tel. 36683000 ext. 31818, Editor Responsable. Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-08311102490-106 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, impreso por YAKULT Guadalajara S.A. de C.V. Periférico Poniente Manuel Gomez Morín No. 7425, Tel. 31345300, este número se terminó de imprimir en Agosto de 2015, con un tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor. Sin embargo para fines didácticos se autoriza la reimpresión y traducción de trabajos publicados siempre y cuando se cite la fuente. También se otorga permiso para fotocopiar con fines de uso institucional interno, uso educativo en las escuelas o uso personal.



Editora del Boletín

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wriqth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. Mikel Arriola Peñalosa

Director de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila

Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildosola

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralt

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

A las autoridades institucionales y a Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo para el diseño y la impresión de este boletín.

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

*El Lactobacillus casei Shirota
es reconocido como probiótico*

Por una sociedad más sana

