

EL RETO DE LOS ESTUDIOS ALIMENTARIOS EN MUJERES: ¿DESNUTRICION O TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Sara Elena Pérez Gil Romo

Investigadora del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Docente de la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco

seperezgil@laneta.apc.org

El objetivo del presente trabajo es compartir algunas reflexiones acerca de cómo han sido conceptualizadas las mujeres, en comparación con los hombres en los estudios de alimentación y nutrición y también poner sobre la mesa de discusión el giro, casi radical, de la mayor parte de las investigaciones y acciones en estos temas, pues de aquellos estudios que se realizaban para conocer la magnitud y distribución de la desnutrición en las décadas de los años cincuenta hasta principios de los ochenta, en la actualidad el interés de gran parte de las y los especialistas se centra en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en primer lugar del sobrepeso y la obesidad, y en segundo, de la anorexia y la bulimia. No niego la importancia que tienen sobre todo las dos primeras patologías, esto es sobrepeso y obesidad ya que se han convertido en un problema de salud pública, Sin embargo, es preocupante el hecho de que en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la desnutrición aguda en preescolares ya no sea considerada un problema de salud pública.

No quiero pasar por alto que dentro de mi análisis de género incluyo mi experiencia vivida. No puedo hacer a un lado mi experiencia como trabajadora en el campo de la nutrición por más de 35 años, mi formación como nutricionista egresada de la Escuela de Salud Pública de México y mi encuentro con las ciencias sociales, la sociología y últimamente la antropología. Llegar a estas reflexiones no es únicamente una cuestión objetiva, sino por el contrario, es un abordaje lleno de subjetividades.

Para lograr mis objetivos el texto lo dividí en cinco apartados, el primero donde de una manera breve describo cómo fueron abordadas las mujeres en los estudios sobre nutrición y alimentación en las primeras encuestas; en el segundo presento algunos datos sobre el estado de nutrición en preescolares y mujeres derivados de la ENSANUT 2006; en el tercero, presento resultados de algunas investigaciones nutricionales llevadas a cabo en México cuyo abordaje ha sido a partir de una perspectiva de género e insisto en la inclusión de dicha perspectiva en los estudios y acciones alimentarias y nutricionales; posteriormente reflexiono acerca de algunos conceptos que desde mi punto de vista han creado cierta confusión para decidir si un padecimiento es un problema o no; y, finalmente, discuto acerca de los retos en el terreno de la investigación y de la acción a los cuales nos vamos a enfrentar los y las profesionistas de la alimentación y nutrición en los próximos años.

1. Las mujeres dentro de los primeros estudios de nutrición y alimentación

El propósito de este apartado es reflexionar acerca de cómo fueron conceptualizadas las mujeres-niñas en las primeras encuestas dietéticas realizadas en el país y resaltar el hecho de que fueron invisibilizadas, simplemente porque no eran los(as) principales sujetos (as) de estudio. Ampliemos esto.

Si bien es cierto que el estudio de los problemas relacionados con la nutrición y la alimentación tienen su trayectoria en México desde hace varios años, el interés por la salud y la nutrición de la mujer es relativamente reciente. En México el Instituto Nacional de Nutrición (INN), ahora Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), comenzó a realizar estudios sobre nutrición y alimentación desde 1957 y junto con el Hospital Infantil de México (HIM), a través de su Centro Rural en el estado de Morelos, fueron los precursores de la investigación epidemiológica de la nutrición. En un principio, el objetivo formal que perseguían dichos estudios era conocer los factores que producen la desnutrición dentro del marco de las interrelaciones

entre la triada epidemiológica clásica: agente, huésped, ambiente.

Durante los primeros años, las encuestas dietéticas cuantitativas de registro de alimentos de 3 y 7 días y las cualicuantitativas de recordatorio de las últimas 24 horas, apuntaron a conocer la magnitud de la situación nutricional infantil y preescolar del país y a determinar las principales zonas geográficas con mayores problemas. Estos primeros estudios se dedicaron a describir lo que sucedía en las comunidades rurales, sin un análisis crítico del significado del dato y en la mayoría de los casos permea la percepción de los/as investigadores/as sobre la naturaleza de las condiciones del estado nutricional de la población, en otras palabras, no se contemplan los procesos socioculturales de las comunidades, y no se ven más que los prejuicios y tabúes en las costumbres ancestrales de la población. El propósito, tal y como lo expresó Zubirán (1972 - 1) fue “dar a conocer por primera vez una información amplia y detallada de las condiciones de nutrición de la población de la República, particularmente del sector rural con la esperanza de que sean útiles para la planeación y desarrollo de programas dirigidos a resolver los problemas que afectan a la nutrición del país”.

Para 1974, se habían realizado más de 35 encuestas en toda la República Mexicana, cuya información, según Chávez (1972 y 1976: V) “fue muy técnica, ya que fue dirigida fundamentalmente a especialistas, tanto del campo de la nutrición como de las diversas ciencias sociales”. Resulta interesante el argumento mencionado por Chávez en cuanto a “la importancia de presentar los datos, tal como se encontraron, en forma muy técnica, sin hacer mayores cambios e interpretaciones, porque así permiten la mejor planeación de programas diversos tanto regionales como nacionales”. Lo anterior muestra que hasta ese momento, no había un interés, por lo menos manifiesto, de centrar los estudios en la búsqueda de los modelos de la causalidad y de la desigualdad genérica, sino únicamente en el conocimiento del problema y su distribución geográfica.

Sin embargo es importante reconocer que las primeras encuestas permitieron tener una idea de la magnitud del problema e identificar las zonas con mayores problemas nutricionales. Fue así como se identificó al sureste de la República Mexicana y algunas regiones del centro, como las principales áreas afectadas por la desnutrición, a diferencia de la zona norte fronteriza, donde la prevalencia de esta enfermedad resultó menor. Información sobre el estado nutricional desagregada por sexo e interpretada bajo una óptica de género no se aprecia en estas encuestas, no obstante que algunos/as investigadores/as, especialmente de las ciencias sociales, señalaban que las niñas se encontraban en desventaja con respecto a los varones de su misma edad.

2. Estado de nutrición de la población preescolar y de mujeres de acuerdo con la ENSANUT 2006

En este apartado me propongo compartir con las y los lectores los principales resultados de la última encuesta nacional de salud y nutrición realizada en el 2006 en la que se señala que el problema de la desnutrición aguda en preescolares ya no es un problema de salud pública, a diferencia de la obesidad, sobre todo en las mujeres mayores de 20 años de edad. Recapitemos sobre estos puntos.

Por lo que respecta a la información derivada de la última encuesta nacional de salud y nutrición 2006 (ENSANUT 2006) llevada a cabo en por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y en la que se comparan los resultados con las encuestas nacionales de nutrición de 1988 y 1999 (ENN 1988 y 1999) resalta el siguiente comentario: a 18 años de haber realizado la primera ENN 1988, las tendencias en las prevalencias de desnutrición, evaluada por los indicadores, bajo peso, baja talla y emaciación, es a la baja, por lo que, la prevalencia en la población preescolar ha disminuido. Ampliaré lo anterior, aun cuando los análisis de la información nutricional de la población menor de 5 años no esté desagregada por sexo y mucho menos analizada bajo la perspectiva de género.

Al retomar los datos del último reporte, encontramos lo siguiente: la prevalencia de emaciación o desnutrición aguda, disminuyó de 6 a 1.6% (reducción de 73%) entre 1988 y 2006. El mayor descenso ocurrió entre 1988 (prevalencia de 6%) y 1999 (prevalencia de 2.1%). Es decir, señalan los/as autores/as, “en 1999 y nuevamente

en 2006, la desnutrición aguda ha dejado de ser un problema de salud pública en el país, aunque es sabido que siguen existiendo casos de este padecimiento, especialmente en regiones en extrema pobreza, que deben ser atendidos por el sistema de salud para asegurar su rehabilitación”.

En otra parte del informe se menciona que la baja talla disminuyó 10.1 puntos porcentuales (pp) entre 1988 y 2006 (0.56 pp/ año). Sin embargo, “a pesar de las disminuciones observadas en los distintos indicadores de desnutrición, la prevalencia de baja talla en menores de cinco años sigue siendo elevada y el número absoluto de niños con esta condición (casi 1.2 millones) es preocupante”. En relación con la ENN 1999, las prevalencias disminuyeron en todas las edades con excepción de los menores de 12 meses, en quienes hubo un pequeño aumento de 2.1 pp lo que requiere, de acuerdo con las/os autora/es, mayor profundización para establecer las razones de este aparente aumento.

Loas y las autoras destacan en el texto el “extraordinario descenso” de la prevalencia de baja talla entre 1999 y 2006, en la región sur (10.9 pp o 1.56 pp/año), especialmente si se compara con la disminución de las prevalencias en dicha región en el periodo de 1988 a 1999 (4.9 pp o 0.45 pp/año) y con los cambios ocurridos en el resto de las regiones entre 1999 y 2006. En cuanto a la prevalencia de bajo peso, baja talla y emaciación por región y tipo de localidad urbana o rural en 1999 y 2006, se encontró que salvo el sur, la desnutrición en zonas urbanas se estancó durante el periodo de estudio. Se observaron disminuciones muy modestas en el centro y la Ciudad de México (menos de 0.2 pp/año) y un aumento en el norte. Mientras, el sur experimentó el mayor descenso (3.9 pp o 0.55 pp/año), aunque la disminución fue menor que el promedio nacional. El estancamiento de la desnutrición urbana puede deberse, de acuerdo con las/os autoras/es a fenómenos de migración de zonas rurales a zonas urbanas, a fenómenos de urbanización (localidades clasificadas como rurales en 1999 pudieron considerarse urbanas en 2006) o a un deterioro de las condiciones de vida en el ámbito urbano.

Aunque la región sur rural continúa presentando la prevalencia de baja talla más alta (25.6%), fue la que experimentó el mayor descenso durante el periodo de estudio: 15.9%, el equivalente al 38.3 por ciento. Este descenso representa 2.3 pp/año, casi tres veces el descenso observado para el ámbito nacional. Esta tasa de reducción es muy elevada, aun si se compara con países considerados exitosos en el combate a la desnutrición.

La combinación de menores disminuciones en zonas urbanas y mayores disminuciones en zonas rurales, especialmente en la zona más rezagada (el sur rural), tuvo como consecuencia una disminución en la inequidad en materia de estado nutricional entre regiones y zonas urbanas y rurales. Mientras en 1999 la diferencia entre los estratos con menor y mayor prevalencia (norte-urbano: 6.6%, sur-rural: 41.5%) era de 6.8 veces, en 2006 la diferencia (norte-urbano: 6.9%, sur-rural: 25.6%) es de 3.7 veces.

Por lo que se refiere a la prevalencia de sobrepeso (puntaje z de peso para la talla >2) en niños menores de cinco años, en el periodo de 1999 a 2006, a escala nacional hubo un pequeño decremento de 0.2 pp en la prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años. Esta situación se comporta de manera similar al desagregar la información por regiones; tanto la Ciudad de México como la región sur experimentaron disminuciones menores a 1% en sobrepeso, mientras que en la región norte la disminución fue de 2.4 pp (de 7.4 a 5.0%). Se destaca que en la región centro el sobrepeso aumentó 1 pp en el mismo periodo.

Los resultados de la información de la ENSANUT 2006 conducen a las autoras y autores del informe a concluir que “la mejoría en los indicadores de desnutrición entre 1988 y 2006 ha respondido seguramente a la combinación de intervenciones de salud que han tenido también efectos positivos contra la mortalidad de los menores de cinco años, tales como la alta cobertura de vacunación alcanzada, la administración de megadosis de vitamina A, el programa de desparasitación y el programa de agua limpia, junto con acciones dirigidas a mejorar la ingestión de alimentos con alto valor nutritivo y posiblemente la mayor disponibilidad de alimentos durante dicho periodo. También es factible que estos efectos puedan atribuirse a programas de desarrollo social

como Progresos y Oportunidades” (Olaiz, 2006: 90). Sin embargo, no es posible cuantificar, con los datos de las encuestas, el impacto específico que cada uno de estos programas y fenómenos ha tenido en la disminución de la desnutrición. “La mayor disminución en la prevalencia de baja talla a partir de 1999, continúan las y los autores, podría estar asociada con la reorientación de las acciones de varios programas de nutrición pública, focalizados hacia los grupos más vulnerables desde el punto de vista biológico y social: del periodo de gestación a los dos primeros años de vida y los hogares pobres” (Olaiz, 2006:90)

En cuanto a la información de las mujeres, es importante señalar que a diferencia de la ENN 1988, la ENSANUT 2006 aporta información tanto de hombres como de mujeres mayores de 20 años de edad. En el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%, 5 pp mayor); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%, 10 pp mayor). Al sumar las prevalencias de sobrepeso y de obesidad, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad (alrededor de 24 910 507 mujeres en todo el país) y 66.7% de los hombres (representativos de 16 231 820 hombres) tienen prevalencias combinadas de sobrepeso u obesidad. La prevalencia de desnutrición en ambos sexos fue menor a 2%. Las prevalencias de circunferencia de cintura excesiva, bajo los criterios propuestos por la SSA (>80 en mujeres y >90 en hombres) mostraron que 83.6% de las mujeres en el ámbito nacional tuvieron una circunferencia de cintura de riesgo (>80 cm), mientras que en los hombres el porcentaje con cintura de riesgo (>90 cm) fue de 63.8 por ciento.

Con el propósito de evaluar las tendencias del sobrepeso en el tiempo, se llevó a cabo un análisis de la distribución del estado nutricional de acuerdo con la clasificación basada en el IMC en mujeres de 20 a 49 años de edad para 1988, 1999 y 2006. Utilizando el criterio propuesto por la OMS, la prevalencia de la suma de sobrepeso y obesidad aumentó de 34.5% en 1988 a 61% en 1999 (26.5 pp, 2.4 pp/año) y a 69.3% en 2006 (8.3 pp respecto de 1999, 1.4 pp/año). Es decir, hubo una desaceleración de la tasa de aumento de sobrepeso y obesidad de 42% en el periodo 1999-2006 en comparación con 1988-1999. Al comparar los datos de la ENSA 2000 con los de la ENSANUT 2006, en hombres mayores de 20 años de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad incrementó de 59.7% en 2000 a 66.7% en 2006 (7 pp, 1.2 pp/año), que es una tasa de incremento ligeramente inferior a la observada en mujeres.

En suma, las y los autores concluyen que el aumento en la prevalencia de obesidad en los últimos siete años en México es alarmante, ya que ocurre en todos los grupos de edad, por lo cual “es urgente aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y control de la obesidad del niño, el adolescente y el adulto”. Vuelvo a resaltar que la perspectiva de género no se incluyó en los análisis aun cuando los datos de la población adulta estén desagregados en mujeres y hombres.

Alimentación y nutrición: diferencias genéricas

El objetivo del este apartado es presentar algunos datos sobre la alimentación y las mujeres derivados de algunos estudios realizados en México donde la perspectiva teórica fue la teoría de género y la metodológica, la aproximación cualitativa. Asimismo deseo resaltar la importancia que tiene utilizar la categoría de género para la comprensión de las prácticas alimentarias dentro de los hogares, tanto del medio rural como urbano.

El interés por la salud y la nutrición de la mujer es relativamente reciente. A escala internacional, el reconocimiento de las Naciones Unidas del inicio de la década de la mujer a partir del año de 1976, pudiera considerarse como un punto de arranque en los estudios y acciones a favor de la mujer, además de otros hechos como fueron la Conferencia de Alma Ata, de la cual emanó la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria y la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en 1990, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció en 1991 a las mujeres como las principales proveedoras de atención primaria, ya que son ellas las que recogen el agua, preparan las comidas, alimentan a los niños, cuidan a los enfermos, los niños, los ancianos y los

incapacitados; son las madres las que generalmente llevan a los hijos a vacunar y al centro de salud, y las que enseñan en la familia normas de higiene y limpieza. Es así como los niños y las mujeres han sido considerados como un grupo prioritario hacia el cual se enfocan la mayoría de las acciones y programas de forma desintegrada, poniendo el mayor énfasis en el grupo infantil. Bronfman y Castro (1998) afirman sobre este punto que existe la tendencia a desconocer la influencia de la situación de la mujer -social, política y económica -sobre las condiciones de salud de los hijos, debido a que los factores maternos se reducen a las condiciones biológicas de la maternidad, definidos como antecedentes obstétricos.

Sin embargo, es necesario destacar que las mujeres en el campo de la nutrición durante mucho tiempo fueron vistas casi en forma exclusiva como un vehículo para mejorar la alimentación infantil, tal y como se aprecia en los términos, conceptos y programas de "salud y nutrición materno-infantil" y "sobrevivencia en la infancia", aún ampliamente utilizados. Bajo el término "salud materno-infantil", señalan Langer y Lozano (1998) se incluyeron todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio y las condiciones de salud del niño pequeño. Cuando se habla de "sobrevivencia en la infancia" la connotación es aún más específica ya que, generalmente se limita su alcance al menor de 5 años.

Como señalé en el primer apartado el abordaje de los estudios alimentarios y nutricionales en México ha sido por lo general bajo una óptica biológica y, hasta cierto punto, sociomédica. La mayoría de los estudios se han realizado bajo el entendido básico de que la nutrición es un fenómeno con más predominio de lo biológico, por lo que las aproximaciones teóricas se han hecho más en términos de sus efectos sobre el estado de nutrición y de salud en general. El consumo o ingesta de alimentos, tema central, sólo ha pretendido cuantificar la cantidad de alimentos con el propósito de conocer la energía y nutrientes ingeridos y compararlos con las recomendaciones. Y la mayoría de las investigaciones que han incorporado variables socioeconómicas, únicamente han buscado establecer relaciones entre el estado de nutrición de la familia o uno de sus miembros, generalmente con el o la menor de cinco años, y el nivel de ingreso del jefe de familia, la escolaridad de la madre y la calidad de la vivienda, entre muchos otros.

Sin embargo, es importante apuntar que desde finales de los años ochenta algunas interesadas en el tema de la alimentación, iniciamos estudios donde la perspectiva de género ha sido el elemento central del análisis. El objetivo de estos trabajos se ha centrado, tanto en conocer las posibles diferencias en el consumo de alimentos y el estado nutricional entre mujeres y hombres, así como la percepción de la población femenina y masculina en cuanto a su experiencia vivida en los eventos relacionados con la alimentación. Entre estos estudios destacaré algunos resultados derivados de aproximaciones cualitativas.

En una investigación realizada en las comunidades de Chichicastepec en el estado de Oaxaca y en Malinalco, estado de México (Pérez-Gil, 1999 y 2001) se encontró que no había diferencias genéricas en el consumo de alimentos, de energía y de proteínas entre las mujeres adultas y sus parejas. Además, la percepción de las mujeres durante las entrevistas, fue que se encontraban en condiciones igualitarias en la alimentación al compararse con los hombres, situación similar a la registrada en otra comunidad rural del estado de Morelos (Vega, 2003).

Backstrand y colaboradores (1997) al analizar las diferencias genéricas en la nutrición de niños y niñas mexicanos/as de una comunidad rural no encontraron diferencias significativas, tanto en cantidad como en calidad, en la alimentación entre los y las infantes. Por su parte Gurri y Farías (1998) al indagar si las diferencias intradomésticas en el estado nutricional y de salud de niños y niñas de 0 a 10 años eran consecuencia de prácticas inequitativas en la distribución de los recursos familiares, de las actividades de los distintos miembros de la familia y de tratos preferenciales hacia el grupo de sexo masculino, detectaron que niños y niñas sufren igual durante el destete. Las diferencias de género se observaron cuando estos/as empezaron a tener responsabilidades. Las niñas perdieron peso con respecto a los niños a los 5 años cuando se incorporaron a las actividades domésticas y

los niños a los 7 y 8 años cuando entraron a la escuela y participaron en las actividades agrícolas. Se propuso, entonces, que las diferencias se debían a una falta de energía cuando los niños y niñas comienzan a realizar actividades más pesadas. Esta falta de energía se atribuyó a las condiciones de pobreza y no a una distribución inequitativa de los recursos alimenticios al interior de la familia.

Finalmente en otro estudio llevado a cabo con escolares en el estado de Hidalgo, a diferencia de los resultados de las investigaciones anteriores, sí se detectaron más niñas desnutridas (72%), en comparación con los niños (28%) y la explicación derivada de esta información fue más en términos culturales de desigualdad entre 20 hombres y mujeres, que de necesidades biológicas. Su argumentación giró en torno a que, “probablemente se puede explicar porque en las poblaciones rurales mexicanas se privilegia la alimentación a varones sobre las mujeres, ya que la preparación y el consumo de los alimentos es básicamente cultural y psicosocial, por lo tanto en una sociedad en donde se considera que los hombres son la mano de obra en las actividades del campo y la mujer tiene trabajo fundamentalmente en el hogar, se margina a la mujer en sus derechos y se le limita el alimento comparativamente con el varón” (Castañeda, Molina y Hernández, 2002: 204).

Para finalizar este apartado, quisiera insistir en la necesidad de introducir la visión de género en las investigaciones sobre alimentación y nutrición, no como sinónimo de sexo ni de mujeres, sino como la relación entre los sexos con el objeto de adentrarnos más en las subjetividades de los actores sociales en el proceso alimentario, es decir, desde el momento de quien decide lo que se va a comer hasta la distribución y consumo de los alimentos.

Cuando hablamos de problemas de salud pública ¿de qué estamos hablando?

Mi propósito en este apartado es reflexionar sobre algunos conceptos centrales en el campo de alimentación y de la nutrición como son, el de salud pública, transición epidemiológica y polarización epidemiológica para, finalmente llegar al tema central de este trabajo que son los retos en el quehacer científico como profesionistas de la salud. Espero ser clara.

Ahora bien, dentro del marco anterior, quiero compartir mis reflexiones acerca de cuál es el futuro de las investigaciones y acciones en el campo de la alimentación y nutrición de las mujeres. Al parecer, la desnutrición aguda en preescolares (sin distinción de sexo) ha dejado de ser un problema de salud pública en el país y la disminución del bajo peso es un reflejo de los descensos tanto de emaciación como de baja talla. Y, por lo que respecta a la población adulta, el aumento en la prevalencia de obesidad en los últimos siete años, sobre todo de la población femenina, es alarmante. Por otra parte, estudios que analicen desde una perspectiva de género el estado nutricional de las mujeres y hombres, el proceso alimentario desde la provisión hasta el consumo de alimentos, la percepción de cómo viven las mujeres este proceso, la distribución genérica/sexual del trabajo doméstico, la percepción del cuerpo, entre otros muchos temas, es todavía escaso.

Frente a esta problemática y ante las carencias teórico-metodológicas, surgen las siguientes interrogantes, ¿como profesionistas e interesadas en el área de la salud, en especial de la alimentación y nutrición colectivas y en mi caso particular, de las mujeres cuáles serían los próximos problemas a investigar y sobre quiénes dirigir nuestra mirada y las acciones? Asimismo, ¿como docentes y responsables del conocimiento de las y los estudiantes de la licenciatura en nutrición, cuál será nuestra misión frente a los problemas de alimentación y nutrición en México y cómo vamos a abordarlos?

La tarea no es fácil, sin embargo me parece oportuno revisar algunos conceptos, que a mi juicio, son los más controvertidos. Uno de ellos es el de salud pública. Para ello retomaré a Julio Frenk que es en la actualidad uno de los principales ideólogos de la salud pública en México. Frenk (1997 a) señala que el término salud pública está cargado de significados ambiguos, pero que hay dos vertientes en su redefinición, La primera que se deriva

del impulso que el concepto de atención primaria a la salud ha recibido a partir de la reunión de Alma Ata en 1978 y la segunda, surgida en los países industrializados, que “ante la superación de las enfermedades infecciosas comunes y el auge de las enfermedades crónico-degenerativas”, algunos autores hablan de “una nueva salud pública” que se ocupa de la promoción de la salud a través del cambio de los estilos de vida, en contraste con la salud pública tradicional, que actuaba sobre los aspectos biológicos del individuo y el medio ambiente. Para Frenk las anteriores son una visión limitada de la salud pública que se restringe a un conjunto discreto de servicios.

Este mismo autor, aún cuando cuestiona el término de nueva, menciona que lo más interesante es que la salud pública ha trazado un círculo completo en la búsqueda de su identidad a base de negar su pasado. “Lo que hace falta, señala Frenk, es una fórmula para integrar lo biológico y lo social de tal modo que las sucesivas concepciones sobre la salud pública evolucionen en espiral ascendente más que en círculo” (Frenk, 1997 a: 40 - 41). Y la fórmula consiste en definir una nueva esencia para la salud pública que es adoptar una perspectiva basada en grupos poblacionales. Es esta perspectiva poblacional de la salud pública la que inspira sus dos aplicaciones como campo del conocimiento y como ámbito para la acción.

El término problema no lo desarrolla Frenk ampliamente, ya que al tratar de enumerar las distintas definiciones que existen sobre lo público, comenta que la expresión problema de salud pública se usa a menudo, sobre todo en el lenguaje común, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad. El concepto problema se retoma hasta cierto punto cuando se habla de transición de la salud o transición epidemiológica.

Omran, quien acuñó ese término en un trabajo clásico publicado en 1971, tomó como punto de partida los conceptos y hallazgos en torno a la transición demográfica, la cual se refiere a la interrelación entre los niveles de fecundidad y de mortalidad. Este autor extendió el análisis de esta última para ir más allá del mero estudio de los niveles y abordar el de las causas. (Frenk b, 1997) Así, resultó claro que el descenso secular en los niveles de mortalidad había sido selectivo en cuanto a las causas de defunción y a los grupos de edad. La mayor parte de tal descenso se había concentrado en los niños menores y se había realizado sobre todo a expensas de las enfermedades transmisibles comunes. El término transición epidemiológica pasó entonces a referirse al proceso por el cual este tipo de enfermedades iba siendo sustituido por los padecimientos no transmisibles.

Para Frenk (1997, b), Omran desarrolló una concepción lineal que resultó incapaz de capturar las complejidades de los procesos reales de transformación. En tal concepción, todos los países pasarían por una serie fija de etapas; las diferencias se limitarían al momento de inicio y a la velocidad del cambio. Hay, además, una visión eurocéntrica que no deja de llamar la atención en un autor proveniente de otra parte del mundo. Así, Omran usa como punto de comparación a la experiencia europea y norteamericana, a la que llama el “modelo clásico”. Tal sesgo se detecta incluso en la elección de ciertos términos, como cuando Omran designa a la fase que él considera la más avanzada de la transición la “era de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre”. Una variante común de este mismo sesgo consiste en llamar “enfermedades de la civilización” a los padecimientos crónico-degenerativos. El término de transición epidemiológica visto de la manera anterior pareciera lineal y reduccionista y que alcanzó, como dice Frenk, carta de naturalización en el discurso político, en la elaboración de los diagnósticos sobre la situación de salud y en la formulación de programas gubernamentales de acción. En la actualidad el término de transición se utiliza más como un proceso continuo de cambio y se llama polarización epidemiológica a la profunda desigualdad que caracteriza esta transición entre los grupos sociales y las regiones geográficas de un mismo país.

5. ¿Cuál es nuestro reto en los próximos años en el campo de la alimentación y de la nutrición?

Con base en lo anterior, son varias las preguntas que tenemos enfrente: ¿la desnutrición aguda en la población preescolar deja de ser un problema de salud pública en México? ¿las prevalencias de bajo peso, baja talla y emaciación ya no son tan importantes entre los niños y niñas de este país? ¿los trastornos de la conducta

alimentaria, como el sobrepeso y la obesidad son ahora los principales problemas de salud pública a los cuales debemos abocarnos como profesionales de la nutrición? ¿hasta donde el Estado está comprometido en la producción directa de servicios o generadora de recursos para resolver los problemas de malnutrición en el país? ¿si la respuesta de la sociedad empieza desde el momento en que las condiciones de salud, en este caso la desnutrición son definidas como necesidades, entonces significa que la investigación y acción deben encauzarse al sobrepeso y a la obesidad? Es un hecho que las respuestas a estas interrogantes no son sencillas, ya que los problemas de malnutrición, esto es la desnutrición y la obesidad, son graves, sin embargo cada una de ellas presenta distintas características y su causalidad es diferente, ya que mientras la primera tiene sus raíces en la desigualdad social, la segunda la tiene en el excesivo consumo de alimentos, aunque no se descartan los factores biológicos que condicionan este padecimiento. En este sentido el desarrollo tecnológico inapropiado, aunado al consumo mercantilista y a la supuesta modernización, han sido capaces de alterar los valores sociales y culturales en sentido negativo para la alimentación en sociedades económicamente dependientes como la nuestra.

No pretendo reducir a la desnutrición a una patología de la pobreza y a la obesidad a una patología de la abundancia, aún cuando esta última en los años setentas, todavía se veía como una “enfermedad hecha por el hombre”, incluso se le llegó a reconocer como un problema de “afluencia e indolencia” (Barquera, 2002; 5); la realidad es mucho más compleja que hablar de dos perfiles opuestos.

La desnutrición infantil y preescolar no es un padecimiento emergente, es un padecimiento histórico sobre todo entre los niños, las niñas y las mujeres que viven en situaciones de pobreza en las zonas rurales, y en particular entre aquellos y aquellas que pertenecen a grupos indígenas. Existe una amplia bibliografía sobre la magnitud de la desnutrición y su distribución publicada en la década de los cincuentas y de los ochentas y por lo que respecta al análisis de la causalidad, la mirada biomédica positivista ha prevalecido, y los círculos viciosos y los modelos de la multicausalidad, continúan siendo algunos de los elementos centrales en el proceso de conocimiento y análisis.

No discuto el hecho de que el sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública, sobre todo si aceptamos que un problema de salud pública es aquél que se refiere a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad, es obvio, que en este caso estamos hablando de un padecimiento de alta frecuencia. Me parece que como tal, hay que investigar más el padecimiento, esto es conocer y comprender mejor todos los aspectos de la obesidad como enfermedad y factor de riesgo para otras enfermedades crónicas; analizar las alternativas de intervención a nivel poblacional para la prevención y control del problema. A nivel del sector médico se ha reconocido la importancia del manejo de la obesidad como una herramienta poderosa para mejorar la calidad de vida, prevenir complicaciones como diabetes, padecimientos cardiovasculares, hipertensión, dislipidemias, hiperuricemia, gota, cáncer y problemas articulares, entre otros; además de mejorar el control y pronóstico de tratamiento en pacientes con cualquier tipo de enfermedad. En suma, no discuto que el sobrepeso y la obesidad son realmente un problema de salud pública al cual debemos dirigir nuestras acciones, tanto en el campo de la investigación como en el de la docencia, sin embargo ¿cuál va a ser nuestro papel como profesionistas e interesadas e interesados en la desnutrición de las y los preescolares y de las mujeres que viven en situaciones de pobreza?

Estoy conciente de que atender y “resolver” los problemas de sobrepeso y obesidad es “más fácil” que “resolver” la desnutrición. Mencioné anteriormente que la desnutrición no es un problema “emergente” en el sentido de “nuevo”, y tal vez por eso ya nos hemos acostumbrado a hablar de ella. Lo que realmente preocupa es, que la emaciación en la población preescolar, según, los y las autoras del informe de la última encuesta de salud y de nutrición, ya no son un problema de salud pública. Si sumamos el total de niños y niñas emaciados/as, con bajo peso y con baja talla, (utilizando sus datos de factores de expansión), existen en el país alrededor de 1 820 695 preescolares que presentaron algún grado de desnutrición en el momento de realizar la encuesta. No importa que sean emaciados/as o no, porque al final de cuentas las niñas y los niños con baja talla nos están enfrentando con

un proceso de desnutrición histórica.

Hablar de más de un millón de niños y niñas con desnutrición, sea cual sea la clasificación que utilicemos, es decir, de Gómez, de Waterlow, de Jelliffe o de quien sea, implica que estamos hablando de un país donde la desigualdad y la injusticia son, las características prevaletentes. La pobreza es la causa de la desnutrición infantil y preescolar, y a su vez, la pobreza es producto de la crisis económica mundial y nacional, de las inadecuadas políticas agropecuarias y de la falta de voluntad política gubernamental para enfrentar la desnutrición, así como de muchos otros factores que intervienen y se mezclan para que los pobres sigan siendo pobres y no puedan salir del estado de pobreza en que están viviendo. Recordemos que la desnutrición se cura con comida, y que para ello se requiere de dinero para comprar alimentos. Tan simple como eso, pese a que muchos/as especialistas en el tema atribuyen la malnutrición a los “malos hábitos alimentarios de las poblaciones” y en especial a las mujeres, quienes son las responsables de la alimentación de la familia. Considero importante incluir la perspectiva de género en las investigaciones y acciones resolutivas sobre nutrición y alimentación, no sólo como sinónimo de mujeres y de sexo, para poder entender el papel que las mujeres y los hombres desempeñan en el proceso alimentario que está lleno de significaciones.

En síntesis, las complejas interrelaciones que caracterizan al campo de la nutrición exigen avanzar en ciertos dilemas. La desnutrición preescolar en niños y niñas y la obesidad en mujeres tiene múltiples determinantes. Es necesario tener una visión integral que justifique estudiar en detalle los principales problemas de salud que aquejan a los diferentes grupos de edad y es indispensable tener presente que ambos padecimientos, tanto la desnutrición como la obesidad, continúan siendo problemas de salud pública. El reto para aquellas/os que nos interesamos en la desnutrición es evitar que este padecimiento de índole social, económica y política se olvide, y para ello hay que hablar de este tema en las escuelas y universidades donde se enseña nutrición. En este sentido, la reproducción de la tradición del conocimiento de la desnutrición en México la tenemos que realizar por tres medios, la educación, las publicaciones y las agrupaciones científicas o profesionales, “trincheras” desde donde debemos actuar quiénes estamos convencidas/os de que la desnutrición continúa siendo uno de los principales problemas de salud de este país.

Bibliografía

Backstrand J, Allen L, Pelto G, Chávez A (1997). Examining the gender gap in nutrition: an example from rural Mexico. *Soc Sci Med*; 44: 1751 – 9

Barquera S. La obesidad como un problema de salud pública mundial. En: S Barquera y J Rivera (edits). *Sobrepeso y obesidad. Panorama epidemiológico. Evaluación Clínica y tratamiento*. México. Edu Marketing SA de CV. 2002

Bronfman M y Castro R (1998). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En: JG Figueroa (comp.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México. COLMEX. pp 205-238

Castañeda RE, Molina RE y Hernández JC (2002). Estado nutricional de escolares en una población del estado de Hidalgo, México. *Rev Endocrinol Nutr*; (10) 4: 201 - 205

Chávez A (1972). Introducción. En: *Encuestas nutricionales en México. Volumen. I. Estudios de 1958 a 1962*. México. Edición L - 1. Div. de Nutr.

Chávez A , Pérez Hidalgo, C, Chávez M, Martínez C, Madrigal H, García T. y Martínez C (1976). *Encuestas nutricionales en México (Encuestas familiares)*. Volumen II. Estudios de 1963 a 1974. México. Edición L - 2 1.

CONACYT -PRONAL - Div. de Nutr.

Frenk J (1997 a). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México. SEP - FCE – CONACYT

Frenk J (1997 b) Transiciones: vidas, instituciones, ideas. Salud Pública Méx 1997; Vol. 39(2):144-150

Gurri F y Farías P (1998). Cambios en la adaptabilidad de niños y niñas durante los primeros diez años de vida en los altos de Chiapas. Rev Salud Problema; 5: 41 – 50

Langer A y Lozano R (1998). 1. Condición de la mujer y la salud. En: JG Figueroa (comp.). La condición de la mujer en el espacio de la salud. México. El Colegio de México. pp 33 - 82

Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M y Sepúlveda J. (edits). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, INSP – Ssa, 2006

Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem Fund Q 1971;49: 509-538. Citado en: Frenk J (1997 b) Transiciones: vidas, instituciones, ideas. Salud Pública Méx 1997; Vol. 39(2):144-150

Pérez-Gil SE, Díez-Urdanivia S, Pérez L, Valdés S. y Gutiérrez G (1999). Embarazo y lactancia: experiencia de un grupo de madres de dos zonas rurales. Rev Nutrición Clínica. Vol. 2 (3): 116 – 126

Pérez Gil SE, Díez-Urdanivia S, Pérez L, Gutiérrez G y Valdés S. (2001). Consumo de energía y de proteínas en mujeres de zonas rurales de México: una aproximación cualitativa y de género. Rev Nutrición Clínica. Vol. 4 (1): 4 – 12

Vega A (2003). Los saberes y las prácticas alimentarias de un grupo de mujeres - madres en Huatecalco y Chacampalco del estado de Morelos: Una aproximación cualitativa y de género. Tesis. Licenciatura en Nutrición y Ciencia de los Alimentos. México. UIA

Zubirán S (1972). Encuestas nutricionales en México. Volumen 1. Estudios de 1958 a 1962. México. Edición L - 1. Div. de Nutr. INNSZ