

margen N° 85 – junio 2017

Modelo crítico en Salud para el abordaje de la situación de inseguridad alimentaria: hacia una nueva política alternativa

Por Luz Mercedes Verdugo Araujo y Sandra Irene Reyes García

Luz Mercedes Verdugo Araujo. Doctorante de la Facultad de Trabajo Social, Culiacán, Sinaloa, México.

Sandra Irene Reyes García. Maestra de la Facultad de Trabajo Social, Culiacán, Sinaloa, México.

Introducción

El abordaje del hambre en el mundo ha sido siempre un eje estratégico prioritario de atención en la agenda global, lo que ha llevado a los diferentes órdenes de gobierno a realizar políticas para garantizar la seguridad alimentaria de la población. Por seguridad alimentaria se entiende a aquella que se presenta cuando las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias, a fin de llevar una vida activa y sana. Por el contrario, un acceso nulo o incierto a los alimentos se ha definido como inseguridad alimentaria (Mundo, Shamah y Rivera, 2013). Las políticas alimentarias, por su parte, son el conjunto de medidas y programas desarrollado por los Estados con la finalidad de garantizar el derecho a la alimentación a través de la suficiencia, accesibilidad física y económica y calidad de los alimentos que permita prevenir y controlar los estados de malnutrición por déficit y por exceso, garantizando el buen estado de salud a individuos y grupos poblacionales, con énfasis en los más vulnerables y atendiendo a todos los niveles de la sociedad (Díaz y Candela, 2014).

A nivel internacional, nacional y estatal, son muchas estrategias y políticas que han contribuido para garantizar el derecho alimentario. De los primeros acercamientos internacionales se encuentra la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, que establece en el artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a su familia, la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Jusidman, 2014). Por otra parte, las cumbres mundiales de seguridad alimentaria han sido trascendentales en sentar las bases de las estrategias y lineamientos de la política alimentaria, como la llevada a cabo entre el 13 y 17 de noviembre de 1996 en la Sede de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura en Roma, Italia, donde se buscó reducir a la mitad el número de personas desnutridas antes de 2015 (Carrasco y Tejeda, 2008). En el año 2000 se llevó a cabo la cumbre del Milenio de las Organizaciones de las Naciones Unidas, que dio lugar a la declaración del milenio, en la cual se establecieron ocho objetivos que los gobiernos deberían lograr entre 1990 y 2015. El primero de estos objetivos propone erradicar la pobreza y el hambre, fijándose la meta de reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean menores a un dólar por día, así como la proporción de personas que padecen hambre (Yaschine, Ochoa, y Hernández, 2014).

El 10 de Junio de 2002 se llevó a cabo otra cumbre de seguridad alimentaria en la sede de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura en Roma, Italia, donde se fijó como objetivo elaborar directrices de aplicación voluntaria con la finalidad de ofrecer orientación práctica a los países para que cumplan con sus obligaciones relacionadas con el derecho a la alimentación. En septiembre de 2004 se aprobaron estas directrices en apoyo a la realización progresiva del derecho a la alimentación en el ámbito de la seguridad alimentaria nacional (Carrasco y Tejeda, 2008). En junio de 2012, ante los avances significativos pero insuficientes en la meta de los objetivos del milenio, la ONU lanzó el Reto del Hambre Cero (RHC), que consiste en un compromiso mundial de lograr objetivos alimentarios en un escenario post-2015. A partir de esa fecha, el RHC ha sido el principal instrumento para expresar los aspectos prioritarios de la agenda de la seguridad alimentaria internacional (Yaschine, Ochoa y Hernández, 2014).

En el plano nacional también existe un marco jurídico que avala la importancia de garantizar el derecho alimentario. Muestra de ello es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2015), que en su artículo 4to señala que toda persona tiene derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y a que el Estado lo garantice. En base a ello, la Ley General de Salud (2014) establece en el artículo 114 que para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará de manera permanente en los programas de alimentación del gobierno federal. La Ley General de Salud además establece que la Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, formularán y desarrollarán programas de nutrición, promoviendo la participación en los mismos organismos nacionales cuyas actividades se relacionan con la nutrición y la disponibilidad de alimentos, así como de los sectores sociales y privado.

Actualmente, las políticas de salud proponen combatir la carencia alimentaria a través de políticas coordinadas para que las familias tengan acceso a alimentos inocuos y nutritivos. Se pone énfasis en incorporar la participación social desde el diseño, ejecución, evaluación y retroalimentación de los programas sociales (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018). Dichas políticas tienen como finalidad promover conductas saludables en el plano personal, familiar y comunitario mediante el refuerzo de las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social (Programa Sectorial de Salud 2013-2018). Sin embargo, a pesar de los múltiples esfuerzos, la situación de inseguridad alimentaria sigue en aumento. Esto se manifiesta al observarse las estadísticas en el mundo, en México y en el Estado de Sinaloa. Las últimas estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2012) indican que -a nivel mundial- 805 millones de personas están crónicamente subalimentadas (FAO, 2014). Analizando datos estadísticos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), en México el 70.0% de los hogares se clasificaron en alguna de las tres categorías de inseguridad alimentaria: 41.6% en inseguridad leve, 17.7% en inseguridad moderada y 10.5% en inseguridad severa. El 80.8% de los hogares que viven en el estrato rural fueron clasificados en algún nivel de inseguridad alimentaria: 45.2% en leve, 22.4% en moderada y 13.0% en severa. En el estrato urbano se observó una prevalencia de inseguridad alimentaria de 67.0% (40.6% en inseguridad leve, 16.5% en moderada, 9.7% en severa).

En cuanto a Sinaloa, la prevalencia de inseguridad alimentaria en cualquiera de sus categorías fue de 66.7%: 43.9% en inseguridad leve, 15.0% en inseguridad moderada y 7.9% en inseguridad severa. Al aplicar factores de expansión, esta información representó a 458.700 hogares que se percibieron con inseguridad alimentaria. Al desagregar la información por área de residencia, se observó una tendencia hacia una mayor prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria en las áreas rurales (76.1%: 48.3% en inseguridad leve, 19.7% en moderada y 8.1% en severa) en contraste con las áreas urbanas, que fue de (63.6%: 42.4% en inseguridad leve, 13.4% en moderada

y 7.9% en severa), (Secretaría de Salud, 2012, ENSANUT). Los datos estadísticos alertan sobre la situación de inseguridad alimentaria, no obstante esta debe pensarse en toda su complejidad. En el plano de la salud alerta sobre la posibilidad de detonar una serie de enfermedades, ya sea por déficit o por exceso en la alimentación. Lo anterior se fundamenta en el informe sobre el panorama de salud propuesto por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2013), que señala que durante los últimos diez años los problemas relacionados con la alimentación excesiva e inadecuada se han convertido en las principales causas de morbilidad y mortalidad en México.

Esta situación representa un reto para el sistema de salud, por los altos costos en los procesos de atención. Y visualiza la necesidad de desarrollar una estrategia de prevención para prevenir problemas posteriores y evitar que las cifras estadísticas aumenten. En este sentido, cobra relevancia cambiar la estrategia con la que se ha planteado la política alimentaria, pues hasta ahora sus elementos teóricos, metodológicos y operativos no han dado respuesta a la solución del hambre en el mundo. Por el contrario, han emergido nuevos problemas alimentarios detonando diversas enfermedades. Un nuevo análisis en política alimentaria saludable implica retomar un paradigma de salud en beneficio de las colectividades humanas, que miren la inseguridad alimentaria desde toda su multidimensionalidad.

Tradicionalmente, las políticas para atenuar la inseguridad alimentaria están diseñadas para evaluar cuatro elementos que son propuestos por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (Yaschine, Ochoa y Hernández, 2014): la disponibilidad de alimentos, acceso físico y económico, utilidad de los alimentos y estabilidad a través del tiempo. Al respecto se observa cómo las dimensiones de la seguridad alimentaria de la FAO no contemplan las cuestiones socioculturales en la alimentación, las cuestiones subjetivas del consumo, las relaciones de poder como generadoras de las grandes desigualdades de alimentación y otras variables de tipo estructural. El enfoque de la FAO es para evaluar la seguridad alimentaria desde la estructura, desde lo nacional, pero no abarca el contexto de la seguridad alimentaria en las familias, en el espacio de significaciones sociales. Cabe señalar que dichas dimensiones son las que se consideran para medir la efectividad de las políticas alimentarias. Se mide el impacto a medida que se cumplan dichas dimensiones, por lo que no resulta extraño que las políticas alimentarias no contengan elementos de los espacios donde recaen sus acciones.

Es importante desarrollar modelos de políticas que no sólo contemplen la seguridad alimentaria desde el plano nacional, como una cuestión que obedece solamente al acceso o disponibilidad desde enfoques economistas que fragmentan o reducen la realidad alimentaria, ya que existen otros elementos que bien intervienen desde una visión positivista que separa al sujeto de un mundo de objetos que lo rodean. Una política saludable implica romper también con el paradigma biomédico de concebir la alimentación solamente al plano de los aspectos biológicos, relegando otros factores sociales, culturales, políticos y económicos intervinientes. Desde la visión biomédica se fragmenta y reduce a los procesos alimentarios, visualizando a la alimentación como todo aquello que ocurre antes de que el alimento llegue a la mesa (producción, comercialización, distribución, acceso, preparación, etc), mientras que la nutrición comienza cuando el alimento llega a la boca y termina con los procesos de excreción, habiendo pasado por toda una serie de funciones mecánicas, de absorción y de potencial de aprovechamiento para el organismo. Esta simplificación de la realidad etiqueta a lo alimentario y a lo nutricional como un ámbito puramente biológico y por tanto, científicamente atractivo y válido, privilegiando el carácter individual de los procesos naturales (Rivera, Ruiz y Laurell, 2009).

Se observa cómo, desde esta mirada, elementos como condiciones sociales, estilos de vida,

relaciones sociales en torno a comer, preferencias, hábitos, costumbres, relaciones de poder, procesos derivados de la producción, distribución y acceso de alimentos, son ignorados.

Es necesario implementar enfoques de políticas integrativas que analicen los procesos alimentarios y la situación de inseguridad alimentaria desde todas sus dimensiones, erradicando diseños verticales para pugnar por modelos transversales u horizontales que retomen la participación activa de los beneficiarios en el ciclo de las políticas sociales. Desde el paradigma crítico, basado en las determinantes sociales de la salud, se puede contribuir a la transformación de la realidad alimentaria, pues reconocen los determinantes estructurales de la inseguridad alimentaria pero también los determinantes que se dan en el seno de las prácticas sociales de las familias, ya que ambas son importantes en la toma de decisiones de la política alimentaria. Dicho enfoque es un proyecto participativo y su compromiso es promover un proceso de decisión de políticas que permita el empoderamiento ciudadano.

En este contexto, Arteaga (2012) precisa que la presencia del trabajador social se da en el estudio e investigación de variables que contribuyan a la definición, desarrollo y aplicación de las políticas sociales, siendo precisamente la variable "necesidad" uno de los puntos de contacto entre la política social y el trabajo social. El trabajo social puede favorecer el desarrollo de una política social en la medida que contribuya a la superación de los obstáculos que se interponen en su desenvolvimiento y en la medida en que se elaboren líneas de intervención que posibiliten una mayor integración y bienestar social. Se trata de una intervención intencional para el desarrollo de habilidades sociales, de expresión, de comunicación, orientadas al logro de objetivos deseables para sí, conformándose en una política social más activa.

El trabajo social puede contribuir desde el diagnóstico para el diseño de políticas alimentarias, hasta la implementación, mediante la interacción y la evaluación, como un proceso sistemático. Es necesario visualizar una postura crítica-reflexiva para el establecimiento de posturas dialécticas entre los implementadores y beneficiarios, siendo el trabajador social el profesional que lo impulse para el logro de los objetivos de los programas alimentarios. Así mismo, el retomar las determinantes sociales de la salud para analizar las políticas alimentarias permitirá conocer las debilidades y fortalezas que permitan el rediseño de las mismas.

Es de suma importancia abogar por una visión holística de la política alimentaria que, integrando lo público, lo social y lo económico, dé respuesta a la inseguridad alimentaria. Dicho enfoque debe pugnar por recuperar lo social como un elemento fundamental para el debate de lo público y la construcción de las políticas sociales (Arteaga, 2012). Este análisis implica girar la atención entre las personas, en el espacio de significados de los que participan y donde se construyen procesos conjuntamente. Es necesario discutir y formular propuestas que, a partir de las debilidades que presenta la política alimentaria, propicien la construcción de estrategias de un modelo desde el trabajo social que logre la efectividad de los programas sociales alimentarios. Si en el discurso, la mayoría de las políticas son para garantizar la seguridad, ¿por qué no pensar en modelos de política social para combatir la inseguridad alimentaria desde un enfoque de los determinantes sociales de la salud? Dicho modelo preventivo podría servir a la política alimentaria, a los sistemas de salud y a la práctica profesional

Modelo crítico en salud para el abordaje de la situación de inseguridad alimentaria: hacia una nueva política alternativa

El modelo crítico desde las determinantes sociales de la salud puede ser una vía alternativa para

mejorar las intervenciones alimentarias. El paradigma crítico en Salud tiene sus antecedentes históricos desde finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX en Europa. Autores como Johann Peter Frank en Austria y Rudolf Virchow, llamaban la atención sobre las condiciones sociales de salud de la población como generadoras de la enfermedad y muerte. Desde los años setenta del siglo XX, las corrientes críticas del pensamiento en Salud tales como la medicina social, salud colectiva, epidemiología crítica y epidemiología social, han reivindicado el quehacer científico con la transformación de las condiciones de vida y salud de las poblaciones. Todas estas formas han inspirado formas más humanas y comprometidas de ver la alimentación y la nutrición (Rivera, 2013).

El paradigma crítico de la salud surge en Latinoamérica a principios de los años setenta del siglo XX, bajo la influencia del paradigma marxista, la revolución cubana, las luchas antiimperialistas y la búsqueda de un desarrollo propio garante de la soberanía de los pueblos. Para Morales, Borde, Eslava y Concha (2012), la idea central que orienta el accionar de dicho movimiento es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. En la Región cabe resaltar el papel de Juan Cesar García, María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez en la consolidación del movimiento de la medicina social, así como los trabajos de Sergio Arouca, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, Saúl Franco y Mario Testa, entre otros. Este enfoque cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo. Sus fundamentos se anclan en el materialismo histórico, las teorías del conflicto y las teorías críticas en ciencias sociales.

Estos referentes hacen ver como el surgimiento de la epidemiología crítica busca la interdependencia entre sociedad y naturaleza desde una visión dialéctica multidimensional de procesos macro y microestructurales, como un movimiento histórico de procesos concatenados permitiendo tener conocimiento de la diversidad y de la unidad desde una mirada intercultural e interdisciplinaria. Su nacimiento busca hacer visible esas cuestiones que la epidemiológica clásica deja de lado en su discurso como la determinación generada por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza. Busca trabajar las relaciones entre la determinación por procesos macro y micro sociales, sin absolutizar la determinación de la totalidad estructural, ni tampoco sobrevalorar el peso del microcosmos individual y cotidiano. Incorpora la diversidad, pero sin perder de vista la formas de conexión, sobre todo ligadas a la estructura de propiedad y poder de nuestras sociedades. Trata de romper el rígido marco de las certezas y simplificaciones neopositivistas, pero sin perder la vista los momentos de regularidad y la operación de leyes, las que no se reducen a expresar conjunciones constantes como lo hace la teoría del riesgo y rompe los moldes de una construcción eurocéntrica o unicultural. (Breilh, 2002).

El paradigma crítico de salud implica analizar la determinaciones sociales que están alrededor de la salud, pero desde una mirada diferente a la visión occidental desarrollada por la Comisión de las Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. El enfoque de las determinantes de la salud occidental sostiene una perspectiva funcionalista de la sociedad que privilegia la idea de que cualquier alteración en la salud es considerada como una desviación, ve al sujeto separado de los objetos y de lo social. Para Morales, Borde, Eslava y Concha (2012), esta perspectiva define la estratificación social con base en los contextos sociales, los cuales determinan la salud por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos y los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferenciales de los individuos. Busca evidenciar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la

vulnerabilidad diferencial del individuo y al tiempo de exposición a nivel de lo empíricamente observable. Ambas propiedades individuales son asignadas al sujeto, aunque se señalen factores estructurales que funcionan como determinantes de dicha exposición.

Desde esta mirada se retoman sólo los aspectos negativos de la salud y se analiza solamente el plano individual, se continúa reduciendo la salud solamente a aquellos factores medibles y cuantificables. A su vez, el hecho de seguir considerando los factores de riesgos sigue visualizándolos como elementos ajenos al contexto social en el que está inserto el individuo y deja de lado su sentido colectivo y se considera imposible entrar a la realidad para transformarla; por el contrario, constituye una herramienta de meditación y hegemonía. Así mismo, un elemento importante es que el análisis deja de lado las determinantes que se ubiquen en el seno de las significaciones sociales y que tienen que ver con las tradiciones y costumbres de la salud, consideradas como sangradas en los espacios comunitarios y que hacen referencia a cuestiones culturales.

La epidemiología crítica latinoamericana, por otra parte, señala que es importante que el enfoque de las determinantes sociales visualice cómo lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social. Se identifican distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad. Recoge en la categoría de modos de vida tanto a procesos de producción como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general. Es por esto que los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente, los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social.

Desde esta mirada, las determinantes estructurales permiten conocer las relaciones de poder y las dinámicas en la acumulación del capital y la influencia que tienen sobre el proceso de salud y enfermedad que conlleva a patrones de trabajo y de consumo, formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia. Conociendo todas estas aristas, la investigación y la acción tendrán como objetivo principal la transformación social.

Analizar el paradigma crítico en las políticas de inseguridad alimentaria implica reconocer toda la gama de elementos que están alrededor de la alimentación. Desde esta visión, el abordaje de la alimentación se verificaría -desde un paradigma multidimensional- analizando su carácter social, cultural, económico y político; siendo visto desde un enfoque de derechos humanos que recupere las expresiones culturales de los pueblos respecto a sus formas de alimentarse. Dicha recuperación cultural implica aceptar la diversidad y reconocer el papel del ciudadano en el proceso de toma de decisiones como sujeto y no objeto; identificar las interrelaciones entre los sujetos involucrados, así como la subjetividad desde el conocimiento de las expectativas, intereses y motivaciones de los usuarios, entre otras.

En materia de políticas sociales, la participación del trabajo social es imprescindible en la creación de modelos críticos que incorporen la subjetividad de los beneficiarios de la política alimentaria, pues conoce el espacio de significaciones sociales en el que se dan las interacciones sociales de los sujetos. Así mismo, recuperaría los elementos culturales, sociales, económicos y políticos que encierran las prácticas alimentarias desde una postura holística. Para Cabello (2013), los nuevos modelos de intervención deben atender las especificidades regionales y locales como un elemento clave de la acción profesional en trabajo social, ya que no se pueden seguir aplicando recetas universales para necesidades particulares ignorando las condiciones del aquí y ahora. Un

modelo alternativo de la política alimentaria necesita atender esas particularidades de los grupos sociales, pues los contextos culturales son diferentes. Tomando en cuenta estos elementos se estaría rompiendo con los esquemas tradicionales con que ha operado la política alimentaria por lo cual, sin duda, la profesión del trabajo social contribuirá a introducir mejoras en las intervenciones

Retomando el enfoque crítico, los problemas alimentarios serían abordados desde su determinación histórica y social, lo que implicaría vislumbrar cómo, a lo largo del desarrollo de las sociedades humanas, el acceso a los alimentos, el tipo de dieta y los efectos de ambos en el estado de salud no ha sido el mismo sino que ha cambiado constantemente. En el pasado, la satisfacción de las condiciones colectivas de alimentación y nutrición dependían de formas de organización de las sociedades, más equitativas que las actuales; los alimentos se producían y se distribuían colectivamente. En la actualidad, el acceso a los alimentos está regulado principalmente por la capacidad de pago de los individuos. Los alimentos han dejado de ser bienes comunes para convertirse en mercancías, y por tanto, la posibilidad de satisfacer el hambre es muy desigual. Para sectores minoritarios de la sociedad, comer y elegir lo que se come no representa problema alguno; para las grandes mayorías, el acceso a los alimentos es incierto o limitado y, en algunos casos, puede llegar a ser nulo (Rivera, 2003).

Es necesario visualizar cómo los actuales procesos alimentarios obedecen también a la capacidad de compra en un mercado donde el alimento es una mercancía más y esta diferencia social tiene impacto en la salud. El negocio de la comida es altamente rentable, existe un control minoritario de este sector y se manipula por un poder ejercido por la industria alimentaria, en particular de bebidas, y la mercadotecnia alrededor de este poder (Rivera, Ruiz y Laurell, 2009). Para Belalcázar y Tobar (2013), existe la necesidad de conocer y comprender las características de los determinantes sociales que influyen en la selección, consumo e inocuidad de los alimentos. Los factores que determinan la alimentación influyen directamente en los componentes del sistema alimentario nutricional dividido en:

- 1) Determinantes biológicos como el hambre, el apetito y el gusto que son trascendentales para la elección de los alimentos;
- 2) económicos como el costo y los ingresos que pueden afectar el acceso y consumo;
- 3) determinantes de la disponibilidad como el acceso y la educación;
- 4) determinantes sociales como la cultura, familia, amigos, patrones de alimentación, actitudes, creencias y conocimientos que coadyuvan en la adquisición de conductas familiares y/o personales sobre la alimentación y la nutrición.

Entre los factores culturales cabe destacar la forma en que las diversas etnias preparan los alimentos de forma diferente según las regiones de procedencia. Y ello tiene que ver con el tipo de alimento, la forma en que se consume y sus procedencias culturales. En este mismo orden se pueden abordar costumbres religiosas vinculadas con la alimentación, mitos o imaginarios de naturaleza simbólica relacionada con sus nutrientes. Asimismo, entre otros elementos importantes que han modificado las prácticas alimentarias se encuentra la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo cual han repercutido en la transformación de la figura materna en la línea de no ser la que cambia la materia en el alimento y la coloca en la mesa del hogar, si no se encuentra expuesta a recurrir a otras formas de crear y recrear la alimentación. La gran distancia entre los hogares y los centros de trabajo es también un factor que introduce cambios socioculturales, dado que se desestructura la dieta familiar al modificarse los sitios, horarios de consumo y el número de integrantes que pueden comer juntos. (Verdugo, 2012).

Es importante que las intervenciones alimentarias tomen todos estos factores en cuenta para tener impacto en la salud de la población. Sus actuaciones deben ir acompañadas de investigaciones respecto a las prácticas alimentarias locales para evitar desconocer las características nutricionales del sistema alimentario de la población beneficiada. En este sentido, los programas alimentarios formalizados en los ámbitos de salud y educación se asientan en la ignorancia técnica respecto a los estilos de alimentación previo a la intervención, asumiendo -como justificantes de su acción- criterios dictaminados únicamente por la fusión nutrición-salud y las condiciones socioeconómicas de la población (Carrasco, 2004).

Al respecto, Díaz y Candela (2014) señalan que la efectividad de las políticas alimentarias está determinada por las características sociales, políticas culturales y económicas del contexto en que se formulan y no sólo por su fundamentación científica. La consecuencia fundamental de esta premisa es que no puede ser científico un enfoque que sólo privilegie los temas técnicos porque ellos –por muy coherentes que sean- sucumbirían ante la dinámica socio-política del entorno. Por otra parte, un enfoque de política alimentaria alternativo desde el paradigma crítico implica reconocer la alimentación como un derecho humano. En este sentido, es responsabilidad del Estado garantizarlo y reducir las prácticas que posibilitan la inseguridad alimentaria. Para ello, el Estado debe recuperar su papel protagónico (el cual había sido subordinado al poder del comercio) y coordinarse con la sociedad civil.

Debe construir un derecho en el marco del modelo de la modernidad capitalista con su carácter concentrador/excluyente; su matriz productiva y energética no sustentable; su impulso al consumismo y al derroche. Una nueva visión de alimentación sana debe estar basada en el buen vivir o Sumak Kawsay de los indígenas, equivalentes a la noción de modo de vivir saludable de la epidemiología crítica. Al atestiguar dicha correspondencia se comprende la construcción intercultural del derecho y de la gestión. Con esto se rescatarían todo los aspectos culturales presentes en las diversas etnias. De esta manera, la política no lo abordaría como un elemento aislado sino que los integraría (Breilh, 2011).

El mantenimiento de la salud consiste en buscar mejores formas de alimentarse, basadas en la educación. Desde la profesión del trabajo social se pueden desarrollar acciones basadas esencialmente en la promoción de la salud mediante el empoderamiento de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido a cambiar los hábitos de la comunidad y a exigir a las autoridades responsables la mejoría de las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una cultura de la salud.

El trabajo social pondera el papel activo de la participación ciudadana, por lo que es importante la identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones de promoción y en la mejoría de la calidad de vida, reforzando su poder y capacidad de influir en las decisiones que afectan su salud y su acceso a servicios adecuados de salud pública. De esta manera, el trabajo social en la política alimentaria potenciaría el capital humano en las comunidades, reforzando la relación positiva entre educación, salud, nutrición. Se puede observar finalmente cómo el profesional del trabajo social es una pieza clave para la política alimentaria, identificando los determinantes sociales de alimentación que pudieran estar obstaculizando la implementación. Así mismo, desarrollaría un diagnóstico que le permitiría tomar decisiones para mejorar las condiciones de vida de los grupos vulnerables. Retomar el manejo multidimensional de la alimentación, así como los problemas nutricionales, sin duda ayudará a tener un amplio mapa explicativo de las causas que determinan procesos de salud-enfermedad. A su vez, posibilitará la toma de decisiones que se refleje en la calidad de vida de los habitantes.

Conclusiones

Plantear conclusiones en este trabajo significa buscar nuevas reflexiones para la profesión del trabajo social a través de su acción en las políticas alimentarias que permita el desarrollo de modelos alternativos que tengan como objetivo mejorar los procesos de las políticas alimentarias inmersas en el mundo del desarrollo social, impactando en la inseguridad alimentaria.

Es trascendental que dicho camino genere rutas incluyentes, de participación colectiva. Y que visualice las repercusiones en salud. De manera analítica, una investigación como la que se pretende abordar, pudiera aportar ideas para romper con esquemas tradicionalistas que fragmentan y reducen la realidad alimentaria, para dar apertura a otros horizontes que contemplen la riqueza de la variedad de factores que intervienen en la inseguridad alimentaria ante la complejidad actual.

El modelo de los determinantes sociales de la alimentación permite conocer tanto los factores sociales, culturales, económicos y políticos que intervienen en la inseguridad alimentaria y rediseñar las acciones de la política alimentaria, identificando las particularidades de los contextos regionales donde van a ser implementadas, ya que se puede dificultar el impacto por desconocer las características nutricionales del sistema alimentario de la población beneficiada.

Es necesario que el diseño de la política alimentaria no sea elaborada simplemente desde el escritorio, sino que responda a las necesidades de la población. En este sentido, el trabajo social debe buscar que -durante la implementación de la política alimentaria- exista una relación dialógica entre los implementadores y beneficiarios, incorporando la participación de estos últimos en todo el ciclo de las políticas sociales. La participación del profesional de trabajo social en la política alimentaria debe ir acompañada de acciones de promoción y prevención basadas en la cultura del cuidado de la salud. Para ello es necesario el empoderamiento comunitario para promover los cambios en las prácticas alimentarias dañinas.

Finalmente, es necesario destacar que, si la alimentación es correcta y la política alimentaria funciona adecuadamente, se puede obtener un cambio en los patrones de consumo, especialmente un cambio en la dirección deseada y óptima desde el punto de vista económico, social y nutricional.

Bibliografía

Arteaga, B.C. (2012). *Políticas públicas y participación ciudadana*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Belalcázar, C.D. M., y Tobar, L. F. (2013). Determinantes sociales de la alimentación en familias de estratos 4, 5 y 6 de la localidad de chapineros de Bogotá, D.C. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, (1), pp. 40-47.

Breilh, J. (2002). Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie. *Rev Esc Enferm USP*, 36, (3), pp. 210-221.

Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Breilh, J. (2011). Eibenschutz C, Tamez S, González R, Compiladores ¿ Determinación social o determinantes sociales de la salud, 45-69.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, (1), pp. 13-27.

Cabello, G. M. L. (2013). Una propuesta de intervención social para la atención de la obesidad mórbida en mujeres, centrado en la perspectiva del interaccionismo simbólico. *Revista Margen*, 70, pp. 1-9.

Carrasco, H. N. (2004). *Antropología de los problemas alimentarios contemporáneos, etnografía de la intervención alimentaria en la región de la Arancania*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Lletres, España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5506/nch1de1.pdf>

Carrasco, H., y Tejada, S. (2008). *Soberanía alimentaria: la libertad de elegir para asegurar nuestra alimentación*. Lima: Soluciones prácticas- ITDG.

Constitución Política Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos. (2015). Recuperado en: http://www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/Contenido/Documentos/1_ConstitucionPoliticaDeLosEstadosUnidosMexicanos.pdf

Díaz, P. J., y Candela, Y. (2014), Políticas alimentarias y nutricionales en los sistemas nacionales de salud. *An Venez Nutr*, 27, (1), pp. 143-152.

Jusidman-Rapoport, C. (2014). El derecho a la alimentación como derecho humano. *Revista Salud Pública México*, 56, (1), pp. 86-91.

Ley General de Salud (2014). Recuperado en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/4114.pdf>

Morales, B. C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., y Concha-Sánchez, S. C. (2013), ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas?, *Rev. Salud pública*, 15, (6), pp. 797-808.

Mundo, R. V., Shamah-Levy, T, Rivera-Dommarco, J. A.. (2013), Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México. *Revista Salud Publica en México*, 55, (2), pp. 206-213.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado de: http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf

Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040614.pdf

Organización Mundial de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2014). El estado de inseguridad alimentaria en el mundo. Recuperado en: <http://www.fao.org/3/a-i4037s.pdf>

Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico. (2013), Health at a Glance 2013: OCDE Indicators, OCDE Publishing. Recuperado en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Rivera, M. J. A., Ruiz, A. L., y Laurell, A. C. (2009), Crisis, políticas de ajuste y alimentación-nutrición en la Ciudad de México. Análisis del periodo 1970-1992. México: series académicos CBS-Contribuciones científicas.

Rivera, M. J. A. (2013). Determinantes sociales de la nutrición. *Revista de salud pública y nutrición*, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición. Congreso de nutriología. Pp. 3-5.

Secretaría de Salud, e Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y

Nutrición, (2012), México.

Verdugo, A. L. M. (2012). *La política social del programa desayunos escolares desde la perspectiva del trabajo social, caso: primaria Ricardo Flores Magón*. (Trabajo fin de máster inédito). Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de trabajo Social, Culiacán, México.

Yaschine, I. Ochoa, S. y Hernández, C. (2014). *Cruzada Nacional contra el Hambre: análisis de su diseño desde un enfoque de seguridad alimentaria*. México: Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios del Desarrollo. Recuperado de: <http://www.pued.unam.mx/archivos/opinion/010.pdf>