

La diabetes como un desafío para la salud pública. Reflexiones desde el sureste de México

Diabetes as a Public Health Challenge. Reflections from Southeastern Mexico

Cecilia Guadalupe Acero Vidal

 <https://orcid.org/0000-0002-7443-8166>

Posdoctorante en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social,
Unidad Sureste, México
cecilia.acero@ciesas.edu.mx

Resumen

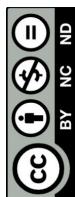
En este artículo se analiza la persistencia de la diabetes como un problema de salud pública en México, con un enfoque particular en Chiapas. A pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias desde 1994, la diabetes sigue siendo una de las principales causas de mortalidad. A través de la revisión de las acciones implementadas por los gobiernos federal y estatal para la prevención y el control de esta enfermedad, en el estudio se demuestra que dichas medidas han sido insuficientes para enfrentar este problema de salud pública, que sigue en aumento. Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, se subraya la necesidad de un enfoque integral que considere las inequidades sociales y políticas en la prevención y el tratamiento de la diabetes. Además, se destaca el impacto de la industria alimentaria y las políticas públicas en la salud de las personas que padecen esta enfermedad.

Palabras clave: políticas públicas, salud pública, salud preventiva, diabetes, industria alimentaria.

Abstract

This article examines the persistence of diabetes as a public health problem in Mexico, with a particular focus on Chiapas. Despite the efforts made by health authorities since 1994, diabetes remains one of the leading causes of mortality. By reviewing the actions taken by both federal and state governments for the prevention and control of this disease, the study demonstrates that these measures have been insufficient to address this growing public health problem. From the perspective of the social determinants of health, the need for a comprehensive approach that considers social and political inequities in the prevention and treatment of diabetes is emphasized. Additionally, the impact of the food industry and public policies on the health of individuals with this disease is highlighted.

Key words: public policies, public health, preventive health, food industry, diabetes.



Recibido: 01/10/2024

Aceptado: 04/02/2024

Publicado: 20/05/2025

Introducción

El control de la diabetes es una asignatura pendiente en México, específicamente en Chiapas. Esta enfermedad se encuentra de manera constante entre los primeros tres lugares como causa de mortalidad a nivel nacional desde 1994, y en Chiapas se ha posicionado como una de las principales causas de mortalidad desde el año 2000. En este estado, entre 1981 y 2021 se registraron 60 529 defunciones relacionadas con la diabetes, lo que la convirtió en la primera causa de mortalidad acumulada, por encima de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares (Dirección General de Información en Salud, 2023).

Según datos de la Secretaría de Salud, en México existen 1 503 131 personas registradas en las jurisdicciones sanitarias con diagnóstico de una enfermedad crónica, de las cuales el 63 % (946 528) tiene diabetes y casi el 4 % (36 312) vive en Chiapas: 26 228 (72.2 %) son mujeres y 10 084 (27.8 %) son hombres (SSA, 2011). A nivel nacional, el 53.3 % de las personas (222 325) no realiza un buen control glucémico, mientras que, en Chiapas, este porcentaje aumenta al 64 % (6 464) (SIC, 2025).

¿Por qué, a pesar de las diversas acciones emprendidas por las autoridades sanitarias —que se detallarán más adelante—, la diabetes continúa siendo un desafío para la salud pública en la actualidad? Desde la perspectiva de la biomedicina, transmitida a través de los profesionales médicos, se argumenta que la responsabilidad sobre las consecuencias de la diabetes recae en la persona enferma, pues se da por supuesto que no cumplió con las recomendaciones para el control de la enfermedad: no siguió el tratamiento médico adecuado, descuidó su alimentación, no realizó ejercicio físico y no acudió a las consultas médicas.

Tanto en el ámbito ideológico-normativo de las autoridades sanitarias, en relación con las estrategias de prevención y atención, como en las prácticas y discursos del personal médico, se pueden identificar factores que contribuyen a la persistencia de la diabetes como un problema de salud pública. En ocasiones, se observa una tendencia a atribuir las consecuencias de la enfermedad únicamente a la falta de autocuidado —centrándose en aspectos individuales—, sin considerar el contexto socioeconómico, cultural y estructural en el que se desenvuelven las personas afectadas. Esta perspectiva puede limitar la comprensión integral de la enfermedad.

Desde la antropología médica crítica, la problemática de la diabetes no puede entenderse únicamente desde la perspectiva biomédica, sino que debe anali-

zarse en relación con las condiciones de vida, el acceso a los servicios de salud y la organización social (Biehl, Good, y Kleinman, 2007; Menéndez y Di Pardo, 2009). Este enfoque permite problematizar la idea dominante —biomédica— de que el manejo de la diabetes es una responsabilidad exclusiva del individuo. En este sentido, en México, el discurso biomédico enfatiza el autocuidado como un factor en la prevención y el control de la enfermedad y omite la influencia de factores estructurales como las políticas públicas. Por otra parte, desde el enfoque relacional (Kleinman, 1998) es posible analizar la interacción entre personas con diabetes, profesionales de la salud y políticas públicas, entre otros elementos estructurales, e identificar cómo estas relaciones configuran la atención y el manejo de la enfermedad.

Con base en lo anterior, el objetivo de este documento es analizar la problemática de la diabetes más allá de lo relativo a los individuos que la padecen, aunque sin perder de vista sus experiencias. Sin embargo, se propone retomar el concepto de «determinación social de la salud» para explicar que los problemas de salud no son individuales, sino que deben entenderse como consecuencia de conflictos que forman parte de la pugna por el poder de las clases dominantes, que implementan diversas estrategias para mantener su hegemonía y dominación, enmarcadas en la estructura socioeconómica, en este caso, el sistema capitalista neoliberal (Breilh, 2013). Lo anterior permite visibilizar tanto los factores individuales, como las condiciones sociales, económicas y políticas que motivan los resultados.

La diabetes ha representado un desafío para la salud, particularmente en contextos como México, donde la prevalencia es alta y las inequidades sociales agravan su impacto. Desde el enfoque de la determinación social de la salud, es posible analizar cómo las condiciones estructurales están influyendo y contribuyen a esta problemática.

Se considerarán dos elementos estructurales relacionados con la forma en que se entiende, previene y atiende esta enfermedad en el contexto mexicano y, por consiguiente, en Chiapas: 1) la importancia de la diabetes en la agenda política del país, y 2) las estrategias, campañas y acciones para prevenir y controlar la enfermedad. Esto, con la intención de entender este problema de salud a la luz de las relaciones político-económico-sociales que se mantienen más allá de la experiencia de la persona que padece diabetes, pero que influyen directamente en su cotidianidad. Es decir, abrir el zum de la lente enfocada a las personas que

la padecen y observar los factores contextuales —políticos, económicos y sociales— que intervienen.

Existe un tercer elemento, las relaciones político-económicas, que ilustran cómo el gobierno ha priorizado los intereses económicos sobre la salud, siendo el papel de la industria alimentaria un ejemplo clave.

La motivación por analizar estos factores surge a partir de las reflexiones derivadas de tres temporadas de trabajo de campo realizadas entre 2011 y 2023, centradas en los aspectos subjetivos de quienes padecen esta enfermedad —investigaciones de maestría, doctorado y estancia posdoctoral (Acero, 2012 y 2019).¹

La información aquí presentada es resultado de la exploración de: 1) la importancia que se le ha otorgado a la diabetes mellitus en los planes de desarrollo a lo largo de la historia, para lo cual se revisaron los planes sexenales y nacionales de 1934 a 2024, así como los programas sectoriales de salud de 2007 a 2024, y 2) las acciones que los gobiernos nacionales han puesto en marcha para prevenir y atender la enfermedad, por lo que se indagaron estrategias, campañas y acciones nacionales para prevenir y controlar la obesidad y la diabetes a partir de 1994, año en el que se promulgó la Norma Oficial para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria (NOM-015-SSA2-1994).

Es importante aclarar que la base de estas estrategias y acciones se retoma principalmente de acciones emprendidas por la Secretaría de Salud federal, así como de otras instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Se tuvo en cuenta que existen diferencias entre estas instituciones, tanto en términos de la población atendida como de los programas y estrategias implementados a nivel nacional y estatal, lo que influye en la calidad de atención y en la fragmentación del sistema de salud en el país. No obstante, el objetivo no es señalar estas diferencias, sino únicamente identificar las acciones que estos organismos han implementado en relación con la diabetes.

En un segundo momento, esta información se contrastó con lo observado en un centro de salud en San Cristóbal de Las Casas (2011-2012), el hospital del IMSS, el ISSSTE y el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECCH) de Tuxtla Gutiérrez (2014-2018). El análisis se realizó a partir de conversaciones con personal de la Secretaría de Salud estatal y con personal de salud de ambos municipios, así como mediante la búsqueda de evaluaciones

¹ En ese período entrevisté a 34 personas, 22 mujeres y 12 hombres, de entre 35 y 78 años, con un mínimo de cinco años y un máximo de 38 con diabetes, en Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

y críticas de organizaciones, asociaciones civiles y sociales, como la Alianza por la Salud Alimentaria y El Poder del Consumidor A. C.

Chiapas presenta una serie de particularidades para el estudio de la diabetes desde la antropología médica, como dinámicas sociales, económicas y políticas particulares que influyen en el manejo de esta enfermedad. Las concepciones locales sobre la alimentación, el cuerpo y las enfermedades están relacionadas con la manera en que las personas reconocen los síntomas, buscan atención y se adhieren a los diversos tratamientos. Es uno de los estados con los mayores índices de pobreza en México, lo cual se refleja en el acceso a servicios médicos, medicamentos e información, así como en el tipo de alimentación de bajo costo, con dietas altas en carbohidratos y azúcares. Un ejemplo de ello es el consumo de Coca-Cola, que se ha convertido en un fenómeno social, cultural, económico y religioso.

Lo anterior me permitió observar, entender y analizar la problemática de la diabetes en toda su complejidad, no solo como una enfermedad crónica, sino como un padecimiento que se vive cotidianamente y que está influido por factores sociales, emocionales, culturales y políticos.

Desarrollo de argumentos y resultados

Marco de referencia

Para comprender una problemática como la diabetes es importante relacionar las prácticas y representaciones sociales de quienes la padecen con elementos estructurales. Es decir, se debe dirigir la mirada más allá de la persona enferma, en quien tradicionalmente se ha centrado tanto la atención como la responsabilidad de las consecuencias de la enfermedad.

Desde la epidemiología crítica, en la salud colectiva latinoamericana se propone abordar la relación entre la reproducción social, y los modos de vivir, enfermar y morir (Breilh, 2013). Esta propuesta tiene como punto de partida el estudio de la salud/enfermedad como un fenómeno colectivo, en contraposición al paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología de los años setenta: lineal, reduccionista, con una visión fragmentada de la realidad en la que se prioriza la asociación causa/efecto como principio organizador y lógico en el universo epidemiológico, y la reducción de las acciones funcionales a factores de riesgo en la práctica (Breilh, 2013).

Desde la perspectiva de la determinación social, diversos autores (Breilh, 2003; Morales et al, 2013; Eslava, 2017) afirman que es necesario tomar distancia del concepto de determinantes sociales de la salud (DSS) utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se definen como: «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana» (OPS, 2024).

Los DSS provienen de la epidemiología social y fueron retomados y popularizados por la OMS (2009). Se centran en factores que influyen en la salud, pero su enfoque es más descriptivo y orientado a la intervención en las condiciones inmediatas. Por otra parte, el concepto de «determinación social de la salud» surgió en un marco crítico, influenciado por la medicina social latinoamericana y el pensamiento de autores como Laurell (1982, citado en Eslava, 2017) y Breilh (2003). Este último se enfoca en la estructura social y en las relaciones de poder como motores que producen desigualdades en salud, por lo que alude a procesos, no a factores, tanto históricos, como económicos y políticos, que generan las condiciones de vida de las personas.

Este artículo no tiene como objetivo profundizar en esta distinción, sino tomar distancia del concepto utilizado por la OMS. Coincido con varias críticas que señalan la ambigüedad de la definición: «el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana», ya que no nombría ni aborda las causas subyacentes, es decir, las causas de las causas (Navarro, 2009; Amri et al., 2023). Esta carencia ha sido señalada y abordada desde el enfoque de la «determinación social de la salud».

De acuerdo con Eslava, no existe una única forma de entender la determinación social de la salud, sino que hace referencia a una constante de dos nociones básicas que retoma de autores como Laurell, Nunes y Breilh: «1. Los fenómenos de salud y enfermedad son, por esencia, fenómenos tanto biológicos como sociales y 2. Para entender las condiciones de salud de las poblaciones es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas» (Eslava, 2017: 398).

Respecto a la diabetes, al retomar la perspectiva de la determinación social se observa la problemática en general, además de elementos particulares como: la situación económica, el nivel educativo, la ocupación laboral, la accesibilidad a los servicios de salud y los cambios de estilo de vida —es decir, DDS—, junto con los factores, políticos y económicos que limitan el acceso a la información y la

atención necesaria, así como la disponibilidad de recursos y opciones saludables para las personas que padecen diabetes.

Por lo anterior, es importante comenzar por comprender qué es la diabetes, es decir, cómo se ha conceptualizado y definido según los parámetros de la biomedicina, y examinar cómo se ha construido el marco conceptual de este padecimiento desde esta perspectiva. Ello implica revisar los criterios utilizados para su diagnóstico y clasificación, así como la influencia de organismos internacionales como la OMS en la definición de políticas y directrices para su prevención y tratamiento en México, pues la interacción entre estos organismos y las instituciones nacionales puede tener un impacto significativo en la implementación de estrategias de salud pública y en la disponibilidad de recursos para abordar la diabetes de manera efectiva.

Al analizar estos aspectos es posible obtener una visión más integral de cómo se ha configurado la comprensión y el abordaje de la diabetes en el contexto de la salud pública en México y cómo estas perspectivas influyen en las estrategias de prevención y tratamiento de la enfermedad.

La importancia de la diabetes en la agenda política de México

Desde el primer plan sexenal de 1934 bajo el gobierno de Lázaro Cárdenas, hasta 1976, con Luis Echeverría, las enfermedades prioritarias fueron las infecciosas, transmisibles, tropicales y venéreas. A fines de los años setenta y principios de los ochenta, la política de salud continuó priorizando la prevención de enfermedades transmisibles, a pesar de que, desde 1960, la diabetes ya era una de las 20 principales causas de muerte (SSA, 2011a).

En 1980, este padecimiento pasó a ubicarse entre las 10 primeras causas de mortalidad (SSA, 2011a); sin embargo, continuó ausente como tema prioritario en los informes presidenciales de López Portillo (1976-1982), donde las enfermedades transmisibles seguían siendo el foco de atención. Durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988), en el Plan Nacional de Desarrollo se menciona el interés de incidir en las enfermedades crónico-degenerativas, aunque como un tema secundario frente a las acciones preventivas dirigidas a contrarrestar las enfermedades transmisibles. No obstante, la salud siguió evaluándose principalmente a partir del aumento en la esperanza de vida, la erradicación de enfermedades como la fiebre amarilla, la viruela y el tifus, así como del control de otros

padecimientos como el paludismo, la tuberculosis, la tosferina y el sarampión (DOF, 31 de mayo de 1983).

A finales de los ochenta y principios de los noventa, durante el gobierno de Salinas de Gortari (1988-1994), surgió la necesidad de modernizar el sistema de salud y ampliar su cobertura. Sin embargo, la prevención de enfermedades infecciosas y parasitarias siguió siendo prioritaria frente a las enfermedades crónico-degenerativas (DOF, 31 de mayo de 1989).

En abril de 1994 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria (NOM-015-SSA2-1994). Su antecedente inmediato fueron las recomendaciones de la OMS sobre la participación social de la comunidad de pacientes con enfermedades no transmisibles, derivadas de la Asamblea Mundial de la Salud de 1978 y la Carta de Ottawa de 1986. En ese mismo año, 1994, la OMS publicó el informe *Prevención de la diabetes mellitus*, elaborado por un grupo de estudio sobre prevención de la diabetes (OMS, 1994), en el que se destacó la importancia de la atención primaria de salud y la necesidad de establecer sistemas que permitieran su detección y manejo temprano.

Durante el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000), se reconoció la coexistencia de enfermedades asociadas a la pobreza —como el cólera, las infecciones respiratorias, la desnutrición y la mortalidad materna—, junto con nuevos problemas de salud relacionados con los cambios en los estilos de vida, como las enfermedades cardiovasculares, las crónico-degenerativas, los tumores, los padecimientos mentales, las adicciones y las lesiones (DOF, 31 de mayo de 1995). Asimismo, se señaló la existencia de una transición epidemiológica vinculada al perfil demográfico del país, en particular al aumento en la esperanza de vida, lo que implicaba un crecimiento de los grupos de edad avanzada y, con ello, mayores desafíos en términos de costos y atención en salud.

Sin embargo, los programas prioritarios se centraron en erradicar enfermedades de larga data, como las infecciosas, y en el control del sarampión, la tosferina, el sida, las enfermedades diarreicas y el paludismo. Además, se implementó una campaña intensiva para contener la propagación del cólera (DOF, 31 de mayo de 1995). Mientras tanto, la diabetes se convirtió en la primera causa de muerte en México en 1999 (Dirección General de Información en Salud, 2023).

En 1995 se realizó la primera modificación de la norma oficial, a la que se agregó, en el apartado 11 sobre tratamiento y control, la necesidad de crear Grupos de Ayuda Mutua (GAM) con el propósito de incorporar de manera activa a las

personas con diabetes en el cuidado de su padecimiento. Sin embargo, en la primera versión de la norma, en el apartado 7.3.1.2, ya se mencionaba la organización de grupos integrales para la educación del paciente diabético (SSA, 2011b). Ese mismo año, además, se implementó el Club de Diabéticos como medida preventiva.

Durante el sexenio de Vicente Fox (2000-2006), la prioridad fue garantizar el acceso a servicios integrales de salud con calidad y trato digno (DOF, 30 de mayo de 2001), aunque 20 años después la demanda por una atención integral, de calidad y con trato digno sigue estando vigente. En este sentido, se ha señalado que, debido al cambio en el perfil epidemiológico, las enfermedades crónicas se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y muerte.

En 2001, a través del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se estableció el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus, cuyo eje central era la promoción de la salud y la detección temprana de la enfermedad, con el objetivo de proteger la salud y retrasar la aparición de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Uno de los propósitos de este programa fue la creación de los GAM; sin embargo, estos no se consolidaron como la principal estrategia sino hasta 2004, cuando la OMS aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en la 57^a Asamblea Mundial. Dicha estrategia tenía como objetivo promover políticas y acciones dirigidas a fomentar hábitos alimentarios saludables y actividad física regular como medidas para prevenir la DM2 y otras enfermedades relacionadas (OMS, 2004).

Durante ese sexenio se implementó el Seguro Popular, un programa de aseguramiento diseñado para proporcionar acceso a servicios de salud a la población que no contaba con seguridad social. A pesar de que la diabetes estaba incluida en el catálogo universal de servicios de salud —es decir, dentro de la cobertura de causas atendidas—, la prestación se limitaba a consultas médicas, seguimiento, pruebas de laboratorio y medicamentos, pero no incluía el tratamiento de sus complicaciones. Si bien esta estrategia significó un avance en la cobertura de salud para la población de escasos recursos, presentó limitaciones significativas, como el acceso restringido a tratamientos especializados y el desabasto de medicamentos, además de que «generó grandes desigualdades en el acceso a la salud» (Gobierno de México, 9 de julio de 2024).

Durante el gobierno de Felipe Calderón (2006-2012) se planteó la igualdad en el acceso a los servicios de salud y la construcción de un sistema de salud integral e incluyente. La obesidad y el sedentarismo emergieron como causas

determinantes en los problemas de salud, lo que llevó a priorizar el fomento de la actividad física, especialmente en las escuelas. En cuanto a las enfermedades crónicas, se enfatizó la necesidad de fortalecer el diagnóstico y el tratamiento, y, por primera vez, se señaló la diabetes como una enfermedad que requería especial atención debido a su importancia como causa de muerte (DOF, 31 de mayo de 2007).

En el primer informe de Felipe Calderón, presentado en 2007, la diabetes fue incluida en la lista de programas de alta prioridad.² Entre las principales estrategias se destacó la implementación de los GAM (Presidencia de la República, 2012). Los GAM representaron una evolución de los clubes de diabéticos; sin embargo, estos nuevos espacios no solo estaban dirigidos a personas con diabetes, sino a personas con otros trastornos asociados al síndrome metabólico, como sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias.

Otra propuesta del Programa Nacional de Salud de ese sexenio fue la creación de unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas (UNEME EC) con el objetivo de brindar atención clínica a través de acciones de educación, prevención, tratamiento y control metabólico. Estas unidades tenían entre sus objetivos principales la prevención de complicaciones crónicas. La información recopilada sobre las UNEME EC (Acero, 2012) indica que estas atienden a pacientes transferidos desde los centros de salud cuando no pueden ser controlados. En ellas, el periodo de tratamiento es de seis meses; después de ese tiempo, quienes se adhieren al tratamiento son retornados al centro de salud, mientras que quienes aún presentan niveles elevados de glucosa continúan seis meses más. Estos últimos, al concluir un año también son remitidos de vuelta al centro de salud, aunque no hayan logrado el control glucémico.

Al analizar las prácticas relacionadas con esta estrategia en 2010 y 2011 en dos estados de la República —Coahuila y Chiapas—,³ observé que no todos los grupos registrados realmente existían o llevaban a cabo las actividades programadas. Entre aquellos que sí realizaban reuniones, la mayoría se reunía una vez al mes, con algunas excepciones, como el grupo de San Cristóbal de Las Casas, que tenía sesiones dos veces por semana. Entre las principales limitantes se encontraba el escaso involucramiento del personal de salud, por lo que era muy

² Mortalidad materna, tuberculosis, dengue, vacunación, salud reproductiva, rabia, diabetes, sida, adicciones, accidentes, obesidad y nutrición (Presidencia de la República, 2012: 265).

³ Fui asistente de investigación en el proyecto «Situación de los grupos de autoayuda para diabéticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participación de los enfermos» a cargo el Dr. Sergio Lerín (CIESAS), que tuvo como objetivo indagar sobre esta estrategia en tres estados: Guanajuato, Coahuila y Chiapas. Yo estuve en campo en Coahuila y Chiapas.

común encontrar grupos incompletos, sin el apoyo necesario en áreas como psicología, actividad física, enfermería, nutrición o medicina general (Acero, 2012).

Al conversar con el médico encargado de un GAM y con la responsable estatal de este programa, ambos señalaron inconsistencias e inconformidades. Una de ellas fue que, a nivel jurisdiccional, los resultados del GAM se utilizaron para justificar y representar el trabajo de otros programas como la UNEME EC en San Cristóbal (Acero, 2012). Además, cuestionaron la apertura de nuevos espacios para tratar la misma enfermedad cuando las estrategias existentes no estaban fortalecidas o carecían del apoyo necesario:

En la UNEME se supone que deben tener a este tipo de pacientes para concientizarlos y adherirlos, deben disminuir los costos en el tratamiento del paciente crónico, pero trabajan con pocos pacientes al año y tienen todo el recurso humano, económico e infraestructura; es un desperdicio de recurso. Mejor preparar médicos especialistas que atiendan a más personas y no hacer más gasto, es una estupidez de las autoridades que no conocen el problema (médico encargado del GAM Queens en San Cristóbal de Las Casas, entrevista, octubre de 2012).

En 2010, el Gobierno Federal publicó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) dirigido a combatir la epidemia de sobrepeso y obesidad que expuso la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) en 2006. El acuerdo tenía como objetivo prevenir, revertir y disminuir el avance en la prevalencia de sobrepeso y obesidad a través de las siguientes acciones: 1) etiquetado frontal de alimentos, 2) restricción de publicidad dirigida a niños, 3) mejoras en la oferta de alimentos en escuelas, 4) promoción de estilos de vida saludables, y 5) participación de diferentes sectores (SEP y SSA, 2010).

El Poder del Consumidor publicó en 2012 un documento que puso de relieve los problemas y deficiencias de este acuerdo. Desde su propio nombre, señalaba que las instituciones no estaban «obligadas» a cumplirlo, ya que no se trataba de una ley. Además, indicaba que la propia Secretaría de Salud no pudo cumplir el acuerdo debido a la falta de recursos y al escaso compromiso de las dependencias gubernamentales que lo suscribieron: «Falta de estrategia, de obligatoriedad, de sanciones, de coordinación, de interés, de recursos, de seguimiento, de evaluación, falta de compromiso de todas las partes» (El Poder del Consumidor, 2012: 6). Como conclusión, subrayaba la necesidad de transformar la norma en ley, lo que permitiría establecer obligaciones, sanciones, asignación de recursos y mecanismos de control para su aplicación.

En 2010 se creó en México el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (CONACRO) con el fin de coordinar de manera permanente la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia entre la población mexicana y sus factores de riesgo (DOF, 11 de febrero de 2010).

En 2012, la OMS lanzó el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de Enfermedades No Transmisibles 2013-2020, como consecuencia de la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2011 y de la Conferencia de la ONU sobre Desarrollo Sostenible (Río+20). En este plan se instó a los países miembros a coordinar esfuerzos y llevar a cabo acciones conjuntas a nivel global (OMS, 2013).

En el Plan Nacional de Desarrollo diseñado durante el sexenio de Peña Nieto (2012-2018), se identificaron factores que «atentaban» contra la salud, como la pobreza y los estilos de vida poco saludables, los cuales explicaban la alta incidencia de enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes. También se señalaron los elevados índices de personas con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes, así como el incremento de casos de esta última en un periodo de seis años, de 2006 a 2012 (DOF, 20 de mayo de 2013).

En el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 se implementó la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobre peso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD), que representó la reconfiguración de la Estrategia contra el Sobre peso y la Obesidad surgida en 2010, pero que no tuvo seguimiento. Esta estrategia fue lanzada en 2013 con el objetivo principal de mejorar los niveles de bienestar de la población mexicana y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, reduciendo la prevalencia de sobre peso y obesidad para revertir la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles (DOF, 12 de diciembre de 2013). Asimismo, daba continuidad a los GAM y a las UNEME EC.

En ese mismo año, 2013, la OPS lanzó el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020, que tenía entre sus objetivos frenar el aumento de la diabetes y la obesidad para 2025 mediante la implementación de políticas que abordaran los factores de riesgo y fortalecieran los sistemas de salud. Además, hacía un llamado para reducir el consumo de bebidas azucaradas (OPS, 2014).

En 2014, en México, se puso en marcha el etiquetado de alimentos y bebidas basado en las Guías Diarias de Alimentación. Sin embargo, el diseño de estas

guías resultó difícil de comprender para la población mexicana, ya que su interpretación tomaba tiempo, contenía términos poco específicos y no había sido diseñado por expertos (Sánchez et al., 2018), sino que los criterios fueron propuestos por la industria alimentaria (Alianza por la Salud Alimentaria, 2022).

En 2016, la SSA, a través del Dr. Jesús Felipe González Roldán, director del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, emitió la declaratoria de emergencia epidemiológica EE-4-2016⁴ para fortalecer esfuerzos y reducir el impacto de la diabetes en la población, 17 años después de que la enfermedad se convirtiera en la primera causa de muerte en el país. Ese mismo año la OMS publicó el *Informe mundial sobre la diabetes*, en el que subrayó la necesidad de mejorar la vigilancia, fortalecer la atención primaria y garantizar el acceso a medicamentos esenciales como la insulina (OMS, 2016).

En este período, la Secretaría de Salud implementó, junto con el Instituto Carlos Slim de la Salud, la estrategia de prevención denominada MIDO (Medición Integrada para la Detección Oportuna), la cual forma parte del modelo Casalud, con el apoyo de la organización Salud Digna. Su objetivo era llevar a cabo una reestructuración del primer nivel de atención.⁵

En 2018, la estrategia MIDO⁶ estaba presente en 27 estados de la República, pero Chiapas no estaba incluido. La encargada del programa de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) a nivel estatal comentó en 2019 que desde 2014 se habían iniciado en Chiapas las gestiones para ser clasificados para la obtención de los módulos MIDO. El proceso consta de cuatro etapas: 1) definición de red, donde

⁴ «[...] para todas las entidades federativas de México ante la magnitud y trascendencia de los casos de diabetes mellitus, para fortalecer y apuntalar las acciones de la estrategia para la prevención y el control del sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus, en sus pilares de salud pública, atención médica y regulación sanitaria y política fiscal, cuyas acciones incluyen la promoción de la salud, educación en salud, atención, manejo clínico y control, a fin de reducir el impacto de la enfermedad en la población» (oficio CENAPRECE-DG-12058-2016, 1 de noviembre de 2016, Declaratoria de emergencia epidemiológica EE-4-2016, disponible en http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/declaratorias_emergencia.html

⁵ Módulo MIDO: Prevención proactiva en módulos instalados en unidades de salud y plazas públicas para detectar oportunamente enfermedades crónicas. Esto a través de las siguientes acciones: Clasificación por factores de riesgos, retroalimentación inmediata, recomendaciones personalizadas y seguimiento en el continuo de la atención (<http://www.salud.carlosslism.org/casalud/mido-medicion-integrada-para-la-deteccion-oportuna>).

⁶ En la página oficial se menciona que el módulo MIDO se ha implementado en los 32 estados de la República mexicana. Sin embargo, al buscar información en Chiapas, solo encontré un comunicado de la Secretaría de Salud Estatal de 2022 (Gobierno de Chiapas, 2022) en el que se mencionan módulos gerontológicos, específicamente ocho «itinerantes». Es decir, un mismo módulo es trasladado a ocho centros de salud en dos municipios del Distrito de Salud I (Tuxtla Gutiérrez y Chiapa de Corzo), lo que representa apenas el 5.9 % del total de centros de salud en el estado.

se realiza el autodiagnóstico de las unidades de salud para determinar si cuentan con la infraestructura necesaria, 2) ingeniería y atención, 3) entrega de módulo, y 4) evaluación y reporte de adecuaciones.

Chiapas no ha podido avanzar, se ha quedado en la primera etapa del proceso; la Lic. Bermúdez comenta lo que falta para que Chiapas siga avanzando en este proceso [...] Lamentablemente hay un limitante de recursos a nivel estatal, porque hay otros programas prioritarios antes que esto» (encargada del programa GAM en Chiapas, entrevista, enero de 2019).

De igual forma, otras instituciones de salud han desarrollado estrategias para enfrentar esta problemática. El IMSS implementó programas como Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC) desde 1991, PrevenIMSS desde 2002 y DiabetIMSS desde 2008. Por su parte, el ISSSTE puso en marcha PrevenISSSTE en 2010 y el programa Manejo de la Diabetes por Etapas (MIDE) en 2007. Durante ese mismo sexenio se lanzaron campañas de prevención como «Chécate, mídate, muévete» en 2013, «Resta kilos, suma vidas» en 2017 y «Menos diabetes, más salud» en 2017.

En 2015, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) realizó la evaluación número 1586, «Evaluación de la política pública de atención a las enfermedades crónicas no transmisibles», con el objetivo de «evaluar la política pública de atención a las principales enfermedades crónicas no transmisibles, a efecto de determinar en qué medida permitió resolver el problema público que le dio origen» (ASF, 2015: 9). En este documento se señalaron irregularidades en los lineamientos normativos y operativos,⁷ así como la ineficiencia en el uso de recursos debido a que el diseño presupuestal no reflejaba la relevancia ni la magnitud del problema. Destacó que las acciones en materia de prevención y control fueron deficientes, con un diseño inadecuado y falta de claridad en los términos, metas y objetivos. Además, la capacitación del personal careció de un programa específico, lo que impidió la existencia de metas y mecanismos de evaluación. Tampoco se establecieron parámetros para evaluar las campañas de prevención, se hallaron inconsistencias en las cifras reportadas sobre detecciones y no se contó con

⁷ «Promoción y prevención son un par de términos que apuntan hacia una intervención previa a la enfermedad, sin que se indique el contexto de aplicación específico de cada una; diagnóstico, vigilancia y detección aluden a quehaceres, que tienen la finalidad de valorar continuamente el comportamiento epidemiológico, pero no se distingue un propósito particular a cada uno; por último, control y tratamiento se enfocan en un estado equilibrado y en contener la prevalencia, sin que quede claro cuándo se debe implementar una u otra medida» (ASF, 2015: 36).

una norma que regulara el diagnóstico previo a la incorporación de las personas al tratamiento (ASF, 2015).

También señaló que las estrategias del IMSS y del ISSSTE, antes mencionadas, se basaron principalmente en la difusión de material informativo, pero no se establecieron herramientas para reportar resultados. En cuanto a la campaña «Chécate, mídate, muévete», afirmó que no contó con mecanismos para medir su impacto en la población (ASF, 2015).

En el Plan Nacional de Desarrollo del sexenio de López Obrador (2019-2024), el apartado de salud inicia con una crítica al sistema de salud pública que recibió en 2018, describiéndolo como insuficiente, inefficiente, depauperado y carcomido por la corrupción, lo cual era resultado, según el documento, de intereses de privatización y de una ideología neoliberal (DOF, 12 de julio de 2019). En el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 figura como quinto objetivo la atención de los principales problemas de salud, incluyendo las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, las cuales son identificadas como el mayor desafío para el sistema de salud. Además, se afirma que la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo clave, y los caracteriza como parte de una sindemia⁸ —la interacción entre obesidad y diabetes, por ejemplo). Asimismo, se ubica el sistema alimentario como el primordial determinante de esta problemática (DOF, 17 de agosto de 2020).

En ese mismo sesenio se implementó el Programa de Acción Específico de Enfermedades Cardiometabólicas 2020-2024, que adoptó una visión más integradora de las enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso. En él se propuso dar continuar a las estrategias de los GAM y las UNEME EC, además de incorporar la creación de un Grupo Intersectorial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad (GISAMAC).

El GISAMAC busca, a través de un proceso que incluye diversos objetivos, el autoabasto alimentario, así como el procesamiento, la distribución y la comercialización de productos saludables. También contempla el acceso físico y económico de dietas saludables, sostenibles y culturalmente adecuadas, con la meta final de reducir la prevalencia de la malnutrición en el país (Gobierno de México, 22 de enero de 2021). Por lo anterior, se concibe como un proyecto de largo plazo.

⁸ «Sindemia» es un neologismo utilizado para aludir a la coexistencia de varias epidemias que se potencian mutuamente (DOF, 17 de agosto de 2020). Fue propuesto por el antropólogo médico Merrill Singer en la década de 1990 y surge de la combinación de las palabras sinergia y pandemia, con el propósito de destacar la complejidad de las interacciones entre enfermedades y factores sociales en sistemas interrelacionados (Singer, 1996).

A principios de 2019, el entonces titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud del Gobierno, Dr. Hugo López Gatell, anunció una re-estructuración de la ENPCSD, argumentando que la anterior (2013-2018) no respondió a los requerimientos necesarios para combatir los problemas de obesidad y sobrepeso. Señaló deficiencias en su implementación, la ausencia de indicadores de desempeño e impacto, así como la falta de insumos para la detección, entre otros problemas. Como alternativa, propuso un modelo integrador, amplio y multidisciplinario (SSA, 13 de febrero de 2019).

Sin embargo, la pandemia de covid-19 en 2020 llevó a la priorización de estrategias para la prevención y el control de esta enfermedad. Una de ellas fue la Estrategia de Reconversión Hospitalaria covid-19, establecida por las autoridades federales el 5 de abril de 2020 con el objetivo de garantizar la eficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros. En este marco, se sugirió la suspensión y reprogramación de ciertos servicios, entre ellos algunos fundamentales para la atención de la diabetes mellitus: 1) consulta externa de especialidades para pacientes con enfermedades crónicas controladas, y 2) estudios auxiliares de diagnóstico —laboratorio, radiología, electrodiagnóstico— (Gobierno de México, 2020).

En Chiapas, las consultas fueron totalmente suspendidas a partir de mayo de 2020, y se reanudaron a partir de marzo de 2021 —según control mensual—. Esta suspensión incluyó las consultas mensuales a la población general, incluidas las personas que padecían diabetes. Asimismo, se suspendieron las consultas con médicos especialistas, que normalmente se realizaban cada seis u ocho meses, y hubo cambios de línea en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal durante más de seis meses. Las personas afectadas por esta interrupción debían asistir cada tres meses para actualizar recetas de 5 a 11 am. También se presentó un desabasto de medicamentos y la suspensión de estudios de laboratorio (trabajo de campo realizado entre 2020 y 2021).

En 2020, la OMS publicó el documento «El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas» con el objetivo de regular la aplicación de leyes encaminadas a reducir la demanda y oferta de productos que contienen cantidades excesivas de «nutrientes críticos» (OPS, 2020). En octubre de ese mismo año, en México, el GISAMAC puso en marcha esta estrategia, que consiste en la señalización de los productos con cinco sellos principales —calorías, grasas saturadas, grasas trans, azúcar y sodio—. Sin embargo, la Alianza por la Salud Alimentaria menciona que,

a pesar de que los sellos son más claros y proporcionan mejor información que el etiquetado anterior de las Guías Diarias de Alimentación, no se atendió el tamaño proporcional de los mismos en los empaques, que equivalen al 30 % del tamaño del producto (González, 6 de diciembre de 2022). Además, en algunos productos pequeños solo aparece el octágono con el número de etiquetas que contiene, pero no se especifica cuáles son: «una de las estrategias de la industria de alimentos y bebidas para evitar las regulaciones, como la de alimentos y bebidas en las escuelas, ha sido la de producir empaques "mini"» (Alianza por la Salud Alimentaria, 2022).

Acciones para enfrentar la diabetes en México: alcances y responsabilidades

La NOM-015-SSA2-1994, a través de sus actualizaciones (1999 y 2010) y proyectos de modificación (el más reciente de 2018), reguló la disminución de los parámetros para el diagnóstico. Por ejemplo, en 1994, se limitaba a señalar que la glucemia en ayuno⁹ debía ser igual o mayor a 140 mg/dl. A partir de la primera modificación en 1999, se especifica una glucemia plasmática causal¹⁰ mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l), glucemia plasmática en ayuno mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l), o glucemia mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de la carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua (SSA, 1999: 62). Además, aclara que, si existe alguna duda, se debe repetir la prueba en otro día. Esta modificación se mantuvo en la NOM-015-SSA2 de 2010, pero el proyecto de modificación de 2018 introduce una nueva prueba, de hemoglobina glucosilada,¹¹ la cual debe ser mayor o igual al 6.5%.

Según la NOM-015-SSA2-2010, una vez realizado el diagnóstico, se establece un procedimiento en el que se inicia un tratamiento no farmacológico, el cual incluye un plan de alimentación, control de peso y actividad física. Este tratamiento se basa en los cambios en el estilo de vida de la persona diagnosticada durante los primeros seis meses. Si, transcurrido ese tiempo, no se alcanzan las metas de

⁹ Esta prueba mide los niveles de glucosa (azúcar) en sangre en ayunas. «En ayunas» significa no comer ni beber nada, excepto agua, durante al menos ocho horas antes de la prueba, que generalmente se realiza a primera hora de la mañana, antes del desayuno (www.diabetes.org).

¹⁰ Esta prueba es un análisis de sangre que se puede realizar en cualquier momento del día, especialmente cuando se presentan síntomas graves de diabetes (www.diabetes.org).

¹¹ También conocida como A1c, mide el nivel promedio de glucosa (azúcar) en sangre durante los últimos dos o tres meses. Las ventajas de recibir un diagnóstico con esta prueba es que no es necesario ayunar ni beber nada (www.diabetes.org).

control, el médico deberá iniciar un tratamiento farmacológico. Según la norma: «los fármacos se utilicen de manera auxiliar y, de ser posible, se logre el control exclusivamente mediante las medidas no farmacológicas» (DOF, 23 de noviembre de 2010). Sin embargo, la realidad en la práctica es diferente, ya que desde el mismo día del diagnóstico se prioriza el uso de fármacos en el tratamiento de la enfermedad.

Al respecto, en las instituciones de salud pública los medicamentos más utilizados, debido a su bajo costo, son la glibenclamida y la metformina. Según la NOM-015-SSA2, cuando una persona no logra controlar sus niveles de glucosa, es en ese momento cuando el médico debe recetar insulina. Sin embargo, algunos médicos han comentado de manera informal que, en ocasiones, mantienen las recetas de medicamentos orales sin llegar a la insulina, no porque la persona no la necesite, sino porque es más probable que haya desabasto de insulina que de estos medicamentos. Otro factor que señalan es el miedo que tienen las personas a utilizar insulina debido a los mitos que se han generado sobre sus efectos, como la ceguera o la muerte. Además, un médico comentó que existe otro factor que raramente se menciona: el desconocimiento de las dosis adecuadas para administrar insulina por parte del propio personal médico (Acero, 2012 y 2019).

Otra de las medidas de tratamiento incluidas en la norma oficial es el automonitoreo, que consiste en la medición de los niveles de glucosa en sangre capilar. La primera opción es realizarlo en casa, bajo la responsabilidad de la persona con diabetes o de algún familiar. Este procedimiento conlleva la compra de un glucómetro —con un valor mínimo promedio de \$400.00—, tiras reactivas —donde se coloca la sangre, con un costo aproximado de \$250.00 por 50 unidades— y lancetas —para perforar la piel, con un valor aproximado de \$170.00 por 100 unidades—, además de alcohol y algodón. La segunda opción consiste en acudir a un centro médico público o privado donde se realiza dicha prueba. La norma establece que, si una persona no logra controlar sus niveles de glucosa en sangre, el automonitoreo debe efectuarse todos los días, incluso varias veces al día, hasta que se consiga el control glucémico; por lo tanto, esto genera un gasto más elevado.

Las estrategias nacionales para la prevención y el control de la diabetes se han enfocado en responsabilizar al enfermo y, por consiguiente, a la persona cuidadora o a la familia, de todas las acciones necesarias para prevenir complicaciones de la enfermedad. «Me parece lamentable el tono de comunicación de

la Secretaría [de Salud] cuando anuncian: "tú chécate, tú mídate, tú muévete"» (Aristegui Noticias, 17 de noviembre de 2016).

Esto ha implicado que la persona enferma se sienta responsable de todo lo que le sucede (Acero, 2012 y 2019). Si bien es cierto que, en muchos casos, la persona que vive con diabetes suspende parcial o definitivamente el medicamento, no sigue un régimen alimenticio adecuado o no realiza actividad física, esto no solo se debe a razones personales, sino a otras como la ausencia de apoyo familiar, la situación económica o el aspecto emocional. También se debe a la falta de información, al desabasto de medicamentos y a la ineeficacia de las estrategias de la Secretaría de Salud y de otras instituciones de salud pública.

Al analizar las medidas tomadas en relación con la diabetes tipo 2 (DM2), es evidente que se ha declarado una emergencia de manera tardía y no se ha implementado un plan de prevención a largo plazo de manera efectiva. Las campañas de prevención existentes son débiles y se centran en atribuir una mayor responsabilidad a las personas que viven con diabetes.

En lugar de abordar las causas subyacentes de la DM2, como los factores socioeconómicos, el acceso a alimentos saludables y la disponibilidad de opciones de estilo de vida saludables, las campañas de prevención se centran en culpar a los individuos por su enfermedad. Esto puede generar estigmatización y añadir una carga de culpabilidad adicional a las personas que ya están lidiando con la diabetes.

Es fundamental desarrollar un enfoque más integral que incluya estrategias de prevención a largo plazo, como la promoción de una alimentación saludable, la actividad física regular y la educación sobre la enfermedad. Además, es crucial abordar las condiciones estructurales y socioeconómicas que contribuyen al desarrollo de la DM2 a fin de crear entornos propicios para la salud y facilitar opciones saludables para todas las personas.

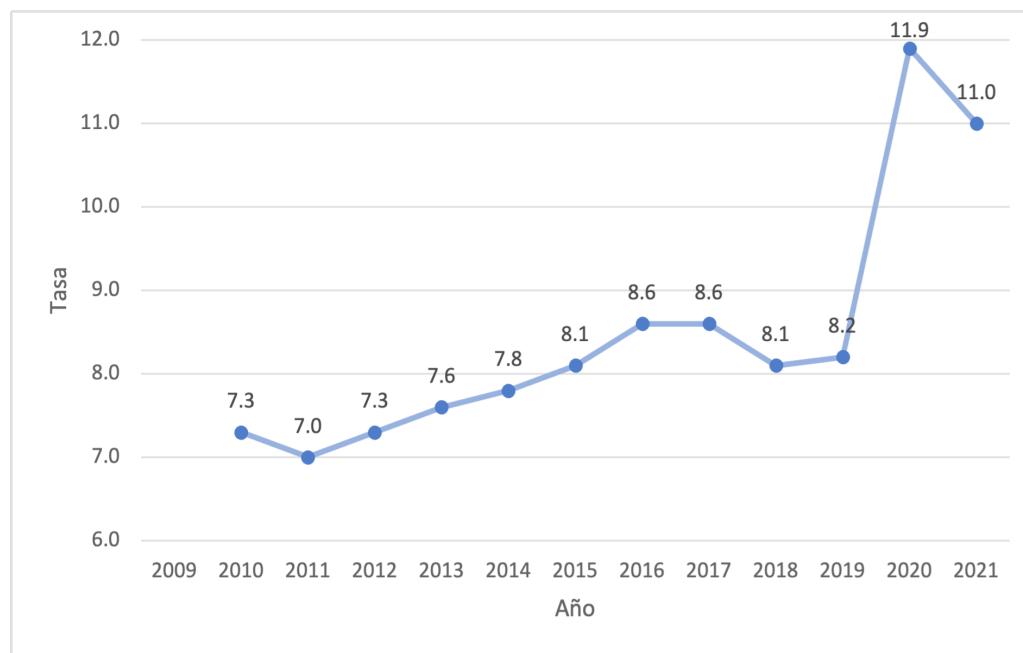
Las consecuencias de la mala planeación, la implementación deficiente y la falta de evaluación en las estrategias de prevención y control de la diabetes han sido significativas. Estas deficiencias se reflejan en un aumento continuo en la tasa de mortalidad, la falta de control de las personas que asisten a los centros de salud y el crecimiento de la incidencia de la enfermedad.

En la Gráfica 1 se puede observar un incremento sostenido en la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en México durante un período de 11 años. En los primeros nueve años, se observa un aumento constante en esta tasa (de 0.2 a 0.5), seguido por ligeras disminuciones (0.3 a 0.5) en 2018 y 2019. Sin embargo,

es preocupante el aumento drástico del 3.7 entre 2019 y 2020, seguido de una disminución (0.9) en el año siguiente (véase Gráfica 1).

Es importante analizar estos datos en el contexto de la estrategia de reconversión hospitalaria implementada durante la pandemia de covid-19 y su posible impacto en el tratamiento y manejo de las personas que padecen diabetes. Esta situación podría haber influido en la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud necesarios para el adecuado control de la diabetes, lo que podría haber contribuido a los cambios observados en la tasa de mortalidad. La relación entre covid-19 y DM2 debe entenderse más allá de los efectos directos porque, si bien estos son los más evidentes, no se deben perder de vista las consecuencias indirectas que se desarrollan en los contextos personales, sociales y económicos de las personas, así como el aumento en las defunciones por diabetes (Acero, 2022).

Gráfica 1. México, tasa de mortalidad por diabetes mellitus (defunciones por cada 10 000 habitantes)



Fuentes: INEGI (10 de noviembre de 2022): 4 Estadísticas de Defunciones Registradas en 2021. Población estimada por el INEGI con base en el Marco de Muestreo de Viviendas. CONAPO. Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2016-2050.

En resumen, estos datos muestran una disminución en el porcentaje de la población que se ha sometido a pruebas de detección de diabetes en México entre 2012 y 2021, a pesar del incremento preocupante en la tasa de mortalidad por

diabetes mellitus durante un período de 11 años, con un aumento significativo entre 2019 y 2021. Es importante considerar el impacto de la estrategia de reconversión hospitalaria durante la pandemia de covid-19 en el manejo y tratamiento de las personas con diabetes, ya que esta podría haber afectado el acceso a servicios de salud necesarios y, posiblemente, haber contribuido a los cambios observados en la tasa de mortalidad. Estos datos resaltan la importancia de evaluar y abordar los desafíos específicos que enfrentan las personas que sufren este padecimiento durante situaciones de crisis, y de garantizar una atención adecuada y oportuna para prevenir complicaciones y mejorar los resultados de salud.

Al revisar las «acciones» frente a la DM2, nos damos cuenta de que existe una declaratoria de emergencia tardía, no se ha implementado un plan de prevención de largo alcance y las campañas de prevención son débiles, además de que principalmente responsabilizan a las personas que padecen diabetes. Sin embargo, lo anterior parece tener explicación cuando se logra ver el hilo que entretiene la ineeficacia de estas estrategias, con el papel que juega la industria alimentaria desde varios ámbitos.

Campañas preventivas: el contubernio alimentario y su impacto en la salud pública

La relación de la industria alimentaria con el gobierno nacional se ha forjado a través de dos estrategias principales: los padrinazgos y la implementación de acciones a favor de la prevención de la obesidad y la diabetes.

Los padrinazgos o apoyos económicos de la industria alimentaria se manifiestan en diversas instituciones, como la Asociación Mexicana de Nutriología y la Federación Mexicana de Diabetes. Esta última recibe patrocinios y avala productos de grandes empresas como Nestlé y Bimbo. La Fundación Mexicana para la Salud también recibe fondos de Nestlé, mientras que entre los patronatos de la fundación Queremos Mexicanos Activos se encuentran grandes compañías como Arca Continental,¹² Bonafont, Bimbo, Coca-Cola Femsa, Coca-Cola México, Jugos del Valle, Jumex, Pepsico y Qualtia.¹³ Por su parte, la Asociación Mexicana de Nutriología recibe financiamiento de Splenda, Yakult, Danone y Nestlé, entre otras, para su congreso anual. Algunas de estas empresas tienen también vínculos con los integrantes del consejo técnico del Observatorio Mexicano de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (OMENT) (Calvillo y Székely, 2018:46).

¹² La segunda embotelladora de Coca-Cola más grande en Latinoamérica.

¹³ Empresa mexicana dedicada a la venta y distribución de productos embutidos.

La industria patrocinó acciones en el marco de la ENPCSD, tales como Funsalud, Salud Móvil y el OMENT.¹⁴ Calvillo y Székely señalan que, en 2016, empresas como Bimbo, Coca-Cola, Walmart, PepsiCo y Nestlé crearon el Movimiento por una Vida Saludable (MOVISA) con el supuesto objetivo de unirse a la lucha contra la obesidad. A través de este movimiento se lanzaron campañas en las que también se involucraron otras marcas como Kellogg's, Nestlé, MacMa, Grupo Peñafiel, Unilever, Lala, Alpura, Qualtia y Sigma, entre otras. Un ejemplo de esto fue la campaña «Checa y elige», cuyo propósito era fomentar el hábito de leer las etiquetas de los productos. Sin embargo, el etiquetado frontal propuesto resultaba deliberadamente confuso a favor de dicha industria (Calvillo y Székely, 2018).

Otro ejemplo es la campaña «Ponte al 100», impulsada por Coca-Cola y el Gobierno Federal a través de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE), con el objetivo de sensibilizar a la población mexicana sobre la importancia de realizar ejercicio:

Los mensajes de *Ponte al 100* [...] son en apariencia positivos porque promueven el ejercicio, pero no dicen una palabra sobre evitar los alimentos dañinos que quienes patrocinan sus asociaciones *sin fines de lucro* venden. La función es desviar la atención de la causa principal de la epidemia de obesidad y diabetes que radica en el cambio de dieta generado por los productos de estas empresas (Calvillo y Székely, 2018:14).

La industria alimentaria ha utilizado tácticas de relaciones públicas conocidas como *nutriwashing*, las cuales consisten en el *maquillaje* de sus productos para hacerlos parecer saludables e inofensivos y, de esta manera, presentar a sus fabricantes como interesados por la salud de la población. Para lograr este objetivo contratan investigadores y expertos que se encargan de poner en duda la nocividad de sus productos y de confundir a los consumidores (Calvillo y Székely, 2018).

Alejandro Calvillo recientemente señaló que la Academia Mexicana de Ciencias anunció el curso «Obesidad: determinantes y nuevas estrategias para su manejo», patrocinado por Coca-Cola Femsa. El autor aclara que no es una broma del día de los inocentes (Sin Embargo al Aire, 22 de febrero de 2023). Al revisar las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud de 2004, se encuentra que una estrategia central para combatir la obesidad consiste en reducir el consumo

¹⁴ El Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT) (www.oment.unal.mx) fue creado por la Universidad Nacional de Nuevo León con intervención de la Fundación Carlos Slim en 2015.

de bebidas azucaradas. Calvillo plantea una pregunta retórica: ¿cómo es posible que las dos empresas que tienen la mayor responsabilidad de haber convertido a México en uno de los países con mayor consumo de bebidas azucaradas en el mundo patrocinen un curso para combatir la obesidad? Su respuesta es que la única explicación es que la Academia Mexicana de Ciencias ha sido cooptada y ahora sirve a los intereses de la industria alimenticia (Sin Embargo al Aire, 22 de febrero de 2023).

En el mismo video, Calvillo menciona relaciones previas entre Coca-Cola y diversas instituciones científicas, como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT),¹⁵ en administraciones anteriores. Específicamente, señala que esta alianza permitió a Coca-Cola otorgar el Premio Nacional de Ciencia y Tecnología en Alimentos durante 40 años. Sin embargo, con el cambio de administración en 2018 se canceló el acuerdo, por lo cual la empresa recurrió a la Academia Mexicana de Ciencias para continuar con el premio, que actualmente ha alcanzado su edición número 45 (Sin Embargo al Aire, 22 de febrero de 2023).

Desafortunadamente, las alianzas económicas entre empresas de la industria alimentaria, como Coca-Cola, Pepsi, Bimbo y Nestlé, entre otras, con los tres niveles de gobierno, les han permitido introducirse en múltiples ámbitos y obtener mayores ganancias, involucrando al propio gobierno en el proceso. Un claro ejemplo de esta relación fue el discurso del presidente Enrique Peña Nieto durante la inauguración del Centro de Innovación y Desarrollo que Coca-Cola construyó en la delegación Azcapotzalco, de la Ciudad de México, en 2016, cuando dijo: «Yo soy un consumidor de sus productos, un consumidor cotidiano. Les puedo decir, que el presidente de la República toma Coca-Cola todos los días... Coca-Cola Light» (Excélsior, 8 de septiembre de 2016: 11m, 43s).

Esta declaración la hizo después de afirmar que Coca-Cola, junto con otras empresas, contribuye a reducir la obesidad, sobre todo entre la niñez y la juventud en el país. Agregó que es importante combatir este flagelo porque daña realmente la salud de la población mexicana y que la sociedad cada día más debe tener acceso a productos de mejor calidad, un compromiso que, según él, la empresa estaba asumiendo. Los aplausos no se hicieron esperar tras concluir su comentario sobre su consumo personal de Coca-Cola. Finalmente, cerró su intervención señalando que esperaba que sus palabras hubieran sido una buena publicidad (Excélsior, 8 de septiembre de 2016).

¹⁵ Posteriormente denominado Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), y a partir de 2025 Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI).

En el mismo discurso mencionó que los esfuerzos del gobierno con empresas como esta estaban dirigidos a que «nuestra sociedad esté mejor alimentada con mejores alimentos, más balanceados y nutritivos» (*Excelsior*, 8 de septiembre de 2016: 4m, 35s). Fue en ese momento cuando justificó la presencia del secretario de Salud en el evento.

Al respecto, la Alianza por la Salud Alimentaria señaló que, durante el sexenio de Peña Nieto, las muertes por diabetes aumentaron más del 20 % en comparación con la anterior administración. Este organismo señaló que, pese a los esfuerzos de diversas organizaciones de la sociedad civil por promover la implementación de mecanismos para garantizar que las políticas públicas de salud estuvieran libres de conflictos de intereses, el gobierno no solo no instauró ninguno de dichos mecanismos, sino que, por el contrario, «permitió que la industria de bebidas y alimentos, con un interés puramente comercial, estuviera sentado en las mesas de discusión y evaluación de las políticas» (Alianza por la Salud Alimentaria, 2018: 2).

Calvillo y Székely señalan que existe una delgada línea entre un proyecto de responsabilidad social y una estrategia de posicionamiento de marca, promoción o publicidad. La evidencia es contundente: la gran industria de alimentos y bebidas utiliza su enorme poder económico y político para evadir su responsabilidad en el deterioro de la salud de la población y para bloquear la implementación de políticas y regulaciones recomendadas para combatir la epidemia de obesidad y diabetes (Calvillo y Székely, 2018: 52).

Anteponer las ganancias económicas al cuidado de la salud de la población ha generado un entorno que propicia el incremento de la obesidad (ambiente obesogénico) y, en consecuencia, el aumento de la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Al mismo tiempo, dificulta la alimentación adecuada de quienes padecen estas enfermedades. Por otra parte, la responsabilidad sobre la obesidad y la diabetes se ha desplazado hacia las personas, ignorando factores determinantes como la composición de los productos de la industria alimentaria, la publicidad y sus estrategias de mercadeo.

La industria ha promovido la narrativa de que la diabetes es consecuencia de «malos hábitos personales», en lugar de tratarse de un problema estructural, desviando la atención de la regulación de productos ultraprocesados. Además, ha promovido la idea de que el sedentarismo es el principal factor de riesgo, minimizando el papel del consumo de azúcar en el desarrollo de enfermedades

crónicas. Así, a través de la publicidad y estrategias de mercado han integrado los productos no saludables en la vida cotidiana de la población.

Consideraciones finales

El propósito de señalar la falta de responsabilidad de las instituciones de salud, la escasa importancia que se otorga a las enfermedades crónicas no transmisibles —particularmente a la diabetes— en los planes nacionales a lo largo de la historia a pesar de las altas tasas de mortalidad, así como la alianza entre la industria alimentaria y actores gubernamentales —federal y estatales—, es evidenciar que las dificultades que enfrenta una persona con diabetes no son únicamente su responsabilidad ni su «culpa», como han sostenido diversas instancias médicas (Acero, 2012 y 2019). Por el contrario, existen relaciones de poder e intereses económicos en el sector salud, tanto en México como en Chiapas, que trascienden la cotidianidad de quienes padecen diabetes, pero que entorpecen e imposibilitan un ambiente favorable para la atención y prevención de complicaciones crónicas de la enfermedad.

Las acciones implementadas por el Gobierno de México, a través de la Secretaría de Salud, parecen responder más a las directrices de la OMS que a las necesidades de la población, lo que se evidencia en el hecho de que, antes de cada estrategia nacional, ha existido una iniciativa internacional. Además, esto también puede deducirse a partir de la inexistencia de acciones de seguimiento o evaluación de estas estrategias.

La biomedicina, en su papel hegemónico, ha subordinado el interés primordial del cuidado de la salud a razones económicas. Esto se constata a partir de lo observado en los contenidos sobre prevención, atención y complicaciones de la DM2 presentes en los medios masivos de comunicación, puesto que se dedica más espacio y relevancia a la información de las empresas alimentarias que a las campañas de prevención gubernamentales. Como consecuencia, los intereses de esta industria han prevalecido sobre la salud y el bienestar de la población, incluso por encima de las acciones de las autoridades de salud a nivel federal.

La primacía de los intereses económicos se observa, por ejemplo, en la injerencia de la industria alimentaria y en la insuficiencia de recursos y acciones para abordar de manera efectiva esta problemática. Esto se refleja en la desorganización de las iniciativas, la falta de rendición de cuentas, la ausencia de transparencia y la inexistencia de mecanismos de evaluación y exigibilidad.

El positivismo científico, cuestionado desde la perspectiva de la determinación social (Carmona, 2020), sigue permeando en las acciones y «no acciones» de los responsables de la política de salud en México frente a la diabetes. Reducir y enfocar la responsabilidad del manejo de esta enfermedad en quienes la padecen perpetúa la idea de que la salud depende exclusivamente de un equilibrio biológico individual, ignorando las condiciones históricas, políticas y económicas de un sistema capitalista que antepone sus intereses frente al bienestar de la población.

Estos factores se reflejan en la relación médico-paciente, donde han permeado de tal manera que las personas suelen atribuir la responsabilidad del estado de su enfermedad a sí mismas —falta de apego al tratamiento, resistencia a los cambios en el estilo de vida—, y son pocas las que consideran los problemas de acceso y atención como causas directas de su condición (Acero, 2019).

Desde hace años, vivimos en una «era de despojo», en la que prevalece la protección de los monopolios sobre las garantías para la vida de la mayoría de la población (Breilh y Zapata, 2010). No es posible enfrentar una problemática de salud pública mientras persistan los vínculos político-económicos que el gobierno ha mantenido con la industria alimentaria, permitiendo que empresarios actúen como funcionarios o tomadores de decisiones de políticas que, en teoría, deberían contrarrestar los efectos nocivos de sus propios productos.

Los vínculos entre las políticas gubernamentales y el sector privado han condicionado la ineffectividad de las estrategias de salud pública, y en este proceso la industria alimentaria ha sido un obstáculo clave porque ha utilizado diversos mecanismos para influir en la toma de decisiones y frenar regulaciones que afectarían su modelo de negocio.

Para llegar a este punto, fue necesario conocer y analizar las problemáticas cotidianas que enfrentan las personas que padecen diabetes, las cuales afectan directa o indirectamente sus decisiones y el manejo de su enfermedad (Acero, 2019). Es importante aclarar que esto no exime a quienes sufren diabetes ni a su entorno familiar de la responsabilidad en el cuidado de su enfermedad, que implica una carga emocional constante y decisiones diarias de autocuidado. Sin embargo, es importante situar una mirada más amplia sobre estas decisiones, pues no pueden entenderse únicamente desde la individualidad ya que las personas son seres sociales inmersos en contextos, relaciones y procesos más amplios que influyen de manera significativa en su capacidad para gestionar su salud.

La determinación social exige hacer el esfuerzo de encuadrar las dinámicas del capitalismo dentro de procesos estructurales relevantes e íntimamente relacionados (Eslava, 2017: 401). En este sentido, es importante analizar los procesos de salud-enfermedad-atención desde la experiencia de quienes los padecen, de quienes cuidan y de quienes brindan atención, pero para concebirlos como procesos es necesario no olvidar su relación con situaciones económicas, políticas y sociales más amplias, las cuales influyen en cómo se experimentan.

El enfoque de la determinación social de la salud permitió visibilizar las condiciones sociales, económicas y políticas que influyen en que la diabetes continúe siendo un desafío para la salud pública en México. A través de la revisión de políticas públicas nacionales, contrastadas con la experiencia en la atención de esta enfermedad en el estado de Chiapas, pude desplazar el foco de la «culpabilización» y la responsabilidad individual de la persona diagnosticada o su núcleo familiar, para entender que no han existido las condiciones para un adecuado manejo de esta enfermedad. Finalmente, resulta fundamental impulsar una política de salud libre de conflictos de intereses.

Bibliografía citada

- Acero Vidal, Cecilia. (2012). *Viviendo con la enfermedad: comparación de cómo viven la diabetes mellitus tipo 2 las personas que acuden al centro de salud 'los pinos', en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*. Tesis de maestría. CIESAS, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Acero Vidal, Cecilia. (2019). *Prácticas y representaciones sociales de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y su influencia en el surgimiento de complicaciones crónicas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*. Tesis de doctorado. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alianza por la Salud Alimentaria. (2018). Mueren cinco veces más personas por diabéticos, por fracaso de la Estrategia contra Obesidad, que por el crimen organizado [comunicado de prensa]. Disponible en <https://alianzasalud.org.mx/wp-content/uploads/2018/10/b-mueren-5-veces-mas-p-diabetes-en-sexenio-d-epn.pdf>
- Alianza por la Salud Alimentaria. (2022). Etiquetado frontal de advertencia en México: un paso adelante para combatir la epidemia de la obesidad y diabetes y fortalecer nuestro sistema inmune [hoja informativa]. Disponible en https://etiquetados-claros.org/wp-content/uploads/2020/12/Hoja-informativa_-Etiquetado-frontal-de-advertencia-en-Mexico.-Alianza-por-la-Salud-Alimentaria_Octubre-2020..pdf
- Amri, Michelle, Enright, Theresa, O'Campo, Patricia, Di Ruggiero, Erica, Siddiqi, Arjumand, y Bump, Jesse. (2023). Health promotion, the social determinants of health, and urban health: what does a critical discourse analysis of World Health Organization

- texts reveal about health equity? *BMC Global Public Health*, 1, art. 25, doi: <https://doi.org/10.1186/s44263-023-00023-4>
- Aristegui Noticias. (17 de noviembre de 2016). Emergencia epidemiológica por diabetes, tardía y débil: Alianza por la Salud Alimentaria. Disponible en <https://aristeguinoticias.com/1711/mexico/emergencia-epidemiologica-por-diabetes-tardia-y-debil-alianza-por-la-salud-alimentaria/>
- Auditoría Superior de la Federación (ASF). (2015). *Evaluación número 1586. Evaluación de la política pública de atención a las principales enfermedades crónicas no transmisibles*. México: Cámara de Diputados. Disponible en https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2017c/Documentos/Auditorias/2017_1586_a.pdf
- Biehl, J., Good, Byron J. y Kleinman, Arthur (eds.). (2007). *Subjectivity. Ethnographic investigations*. Berkeley: University of California Press.
- Breilh, Jaime. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, Jaime. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), S13-S27, doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Breilh, Jaime, y Zapatta, Alex. (2010). Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad [Ponencia]. Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3353/1/Breilh,%20J-CON-078-Ciencia.pdf>
- Calvillo, Alejandro, y Székely, Agata. (2018). *La trama oculta de la epidemia: Obesidad, industria alimentaria y conflicto de interés*. S.l.: El poder del consumidor. <https://alianzasalud.org.mx/wp-content/uploads/2018/02/la-trama-oculta-d-la-epidemia-obesidad-2018.pdf>
- Carmona Moreno, Luz. (2020). La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(esp.), pp. 1-17, doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (31 de mayo de 1983). Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd/PND_1983-1988_31may83.pdf
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (31 de mayo de 1989). Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. Disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd/PND_1989-1994_31may89.pdf
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (31 de mayo de 1995). Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd/PND_1995-2000_31may95.doc
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (30 de mayo de 2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd/PND_2001-2006_30may01.doc
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (31 de mayo de 2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd/PND_2007-2012_31may07.doc

- Diario Oficial de la Federación (DOF). (11 de febrero de 2010). Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5131456&fecha=11/02/2010#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (23 de noviembre de 2010). Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2010), Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (20 de mayo de 2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (12 de diciembre de 2013). Programa Sectorial de Salud 2013 a 2018. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (12 de julio de 2019). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (17 de agosto de 2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
- Dirección General de Información en Salud. (2023). Cubos dinámicos [base de datos]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_servicios.html
- El Poder del Consumidor. (2012). *El fin del Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA). Y la necesidad de una ley y política integral de combate a la obesidad.* S.p.i. Disponible en <https://www.elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/Documento-ANSA.pdf>
- Eslava, Juan Carlos. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19(3), pp. 396-403, doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
- Excélsior. (8 de septiembre de 2016). *EPN en la inauguración del centro de innovación y desarrollo Coca-Cola* [video]. YouTube. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=9na4xjT9WGY>
- Gobierno de Chiapas. (2022). Se fortalece salud de adultos mayores con módulos gerontológicos: Dr. Pepe Cruz [comunicado]. Disponible en <https://saludchiapas.gob.mx/index.php/noticias/post/se-fortalece-salud-de-adultos-mayores-con-modulos-gerontologicos-dr-pepe-cruz>
- Gobierno de México. (2020). *Lineamiento de reconversión hospitalaria*. México: Gobierno de México, Secretaría de Salud. Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
- Gobierno de México. (22 de enero de 2021). Impulsa Gobierno de México un sistema agroalimentario justo, saludable, sustentable y competitivo [entrada de blog]. Procuraduría Agraria. Disponible en <https://www.gob.mx/pa/articulos/impulsa-go>

- bierno-de-mexico-un-sistema-agroalimentario-justo-saludable-sustentable-y-com-
petitivo
- Gobierno de México. (9 de julio de 2024). *¿Qué era el Seguro Popular?*[entrada de blog].
Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en [https://www.gob.mx/imss/
articulos/que-era-el-seguro-popular?idiom=es](https://www.gob.mx/imss/articulos/que-era-el-seguro-popular?idiom=es)
- González, Roxana. (6 de diciembre de 2022). México desatiende recomendación de la
OMS sobre etiquetado nutricional. *El Sol de México*. Disponible en [https://oem.com.mx/elsoldemexico/mexico/mexico-desatiende-recomendacion-de-la-oms-so-
bre-etiquetado-nutricional-16696844](https://oem.com.mx/elsoldemexico/mexico/mexico-desatiende-recomendacion-de-la-oms-so-
bre-etiquetado-nutricional-16696844)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (10 de noviembre de 2022).
Estadística a propósito del día mundial de la diabetes (14 de noviembre). Datos
nacionales [comunicado de prensa]. Disponible en [https://www.inegi.org.mx/conte-
nidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DIABETES2022.pdf](https://www.inegi.org.mx/conte-
nidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_DIABETES2022.pdf)
- Kleinman, Arthur. (1988). *The illness narratives. Suffering, Healing, and the human
condition*. Nueva York: Basic Books.
- Menéndez, Eduardo L., y Di Pardo, Renée B. (2009). *Miedos, riesgos e inseguridades. Los
medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud
como catástrofe*. México: CIESAS.
- Morales, Carolina, Borde, Elis, Eslava, Juan Carlos, y Concha, Sonia. (2013). *¿Determinación
social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxioló-
gicas*. *Revista de Salud Pública*, 15(6), pp. 797-808. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/35624>
- Navarro, Vicente. (2009). What We Mean by Social Determinants of Health? *Global Health
Promotion*, 16(1), pp. 5-16, doi: <https://doi.org/10.1177/1757975908100746>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Prevención de la diabetes me-
llitus. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS*. Ginebra: OMS (OMS,
Serie de Informes Técnicos, 844). Disponible en https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41935/9243208446_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Estrategia Mundial sobre Régimen
Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004. Disponible en <https://www.paho.org/sites/default/files/OMS-Estrategia-Mundial-Regimen-Alimentario-2004.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales
de la Salud: Informe de la Secretaría, 62^a Asamblea Mundial de la Salud A62/9.
Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Global action plan for the prevention
and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Ginebra: OMS. Disponible en
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*.
Ginebra: OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *Plan de acción para la preven-
ción y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*.
Washington, D. C.: OPS. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/35010/9789275318447_sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas*. Washington, D. C.: OPS. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53013/OPSNMHRF200033_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Determinantes sociales de la salud. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Presidencia de la República. (2012). Informes presidenciales: Felipe Calderón Hinojosa. Disponible en <http://calderon.presidencia.gob.mx/multimedia/biblioteca-digital/informes-de-gobierno/>
- Sánchez, Karina, Balderas, Nydia, Munguía, Ana, y Barquera, Simón, (2022). *El etiquetado de alimentos y bebidas: la experiencia en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en <https://www.insp.mx/epppo/blog/4680-etiquetado.html>
- Secretaría de Educación Pública, y Secretaría de Salud (SEP y SSA). (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: SEP / SSA. Disponible en http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/programadeaccion_sept.pdf
- Secretaría de Salud (SSA). (2011a). *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*. México: SSA, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Disponible en https://www.saludnl.gob.mx/drupal/sites/default/files/l_HISTO_DE_ESTA_V_NAC_Y_DEFU_1893_2010.pdf
- Secretaría de Salud (SSA). (2011b). *Estrategia Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas: Programa de salud en el adulto y el anciano*. México: SSA.
- Secretaría de Salud (SSA). (13 de febrero de 2019). 052. Reestructuran la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Sobre peso, Obesidad y la Diabetes [comunicado de prensa]. <https://www.gob.mx/salud/prensa/052-reestructuran-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-y-control-de-sobrepeso-obesidad-y-la-diabetes>
- Sin Embargo al Aire. (22 de febrero de 2023). ¿Y la dignidad de la Academia Mexicana de Ciencias?, por Alejandro Calvillo. Video columna [video]. YouTube. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=Sa07UQmWyFI>
- Singer, Merrill. (1996). A Dose of Drugs, a Touch of Violence, a Case of AIDS: Conceptualizing the Sava Syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 24(2), pp. 99-110. Disponible en <https://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/FICS/article/view/1346>
- Sistema de Información de Enfermedades Crónicas (SIC). (2025). Base de datos. Fundación Carlos Slim. Disponible en: <http://www.tableroconicassinc-sinba.com/> TableroSIC/SIC?entidad=-1&jurisdiccion=-1&municipio=-1&unidadesalud=-1

Cómo citar este artículo:

Acero Vidal, Cecilia Guadalupe. (2025), La diabetes como un desafío para la salud pública. Reflexiones desde el sureste de México. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 20, pp. 1-31, doi: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2025.v20.757>