

la promoción de la alimentación no saludable ha sido poco señalado.³ La estrategia informativa actual para que los individuos mejoren su alimentación continuará siendo ineficaz en tanto la alta oferta de alimentos no saludables continúe.

Además, mientras la ciencia biomédico-nutricional busca insistentemente causas únicas, la causalidad de enfermedades se ha tornado muy compleja.⁴ La evidencia es inconsistente y escasa, y la falta de una base científica sólida limita el regular por esta vía a la industria alimentaria.

Ante este escenario, son necesarias nuevas perspectivas para guiar las políticas contra las enfermedades crónicas en la población. El alcance de la intervención en materia alimentaria debiera extenderse hacia los determinantes socioculturales y económicos. Esto incluye proteger las tradiciones alimentarias a través de mayor promoción entre la población, además de mejor regulación a la industria alimentaria para que los alimentos ofrecidos al público sean nutritivos.

Antonio Laguna Camacho, PhD.⁽¹⁾
alagunaca@uaemex.mx

⁽¹⁾ Centro de Investigación en Ciencias Médicas,
Universidad Autónoma del Estado
de México. México.

<https://doi.org/10.21149/7999>

Referencias

1. Satia JA. Dietary acculturation and the nutrition transition: an overview. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010;35(2):219-223. <https://doi.org/10.1139/H10-007>
2. Laguna-Camacho A, Booth DA. Meals described as healthy or unhealthy match public health education in England. *Appetite* 2015;87:283-287. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.01.007>
3. Nestle M. Food politics: how the food industry influences nutrition and health. Berkeley: University of California Press Ltd, 2013.
4. Uliaszek S. With the benefit of Foresight: obesity, complexity and joined-up government. *BioSocieties* 2015;10(2):213-228. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2015.16>

Educación en salud pública y creencias epistemológicas*

Señor editor: La formación de profesionales precisa de académicos preparados, no sólo en los contenidos de la disciplina que enseñan, sino, además, en el ámbito pedagógico y didáctico, que les permitan *vehicular* el saber científico hacia sus estudiantes. Esta transformación, llamada transposición didáctica,¹ se ha identificado como una problemática importante en la enseñanza de contenidos disciplinarios de las ciencias de la salud, debido a que implica que el docente recurra –para su práctica pedagógica– a elementos tanto conscientes como inconscientes. Ejemplo de estos últimos son las creencias.

Pajares plantea que las creencias se entienden como juicios respecto de una proposición y son importantes predictores de los comportamientos de las personas.² Dentro de éstas, han recibido especial atención las creencias epistemológicas, que se refieren a las creencias individuales que sustentan los docentes acerca del conocimiento y el aprendizaje.^{3,4}

La investigación en este sentido releva factores como la autopercepción del profesorado y la influencia de las historias de vida en las prácticas pedagógicas. Al indagar en el entramado de creencias que sostiene la praxis pedagógica del profesor, es posible comprender su actuación y la concepción que tiene del proceso enseñanza-aprendizaje.^{4,5}

Como lo señalan Mansilla y Beltrán, cuando un profesor encuentra un dominio confuso y las estrategias cognitivas de información habitual no le dan buenos resultados, enfrenta la incertidumbre de no poder reconocer la información relevante y la con-

ducta apropiada. Es así que recurre a las creencias, con sus limitaciones e inconsistencias, con lo cual funciona más por impulso o intuición que por reflexión.⁶

En docentes de las ciencias de la salud, específicamente, las creencias no son un tema estudiado ni reportado con la relevancia que merece. Por esta razón, es importante señalar la situación y llamar a la comunidad académica asociada con la formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud pública, a profundizar en el estudio de las creencias en sus cuerpos docentes, con la finalidad de identificar las concepciones epistemológicas y orientar la práctica formativa. Hay que considerar que la asociación entre las creencias y la práctica del docente en muchas ocasiones puede resultar contradictoria e incoherente y, como consecuencia, puede afectar la formación profesional.

Joel Parra-Díaz, M en Educ.⁽¹⁾
Daniela Vera-Bachmann, D en Educ.⁽²⁾
daniela.vera@uach.cl

⁽¹⁾ Departamento de Educación,
Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

⁽²⁾ Escuela de Psicología, Universidad Austral de Chile.
Puerto Montt, Chile.

<https://doi.org/10.21149/8089>

Referencias

1. Pellón M, Mansilla J, San Martín D. Desafíos para la transposición didáctica y conocimiento didáctico del contenido en docentes de anatomía: obstáculos y proyecciones. *Int J Morphol* 2009;27(3):743-750. <http://doi.org/ffcm5v>
2. Pajares F. Teachers' beliefs and educational research: Cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research* 1992;62(3):307-332.
3. Guerra P, Sebastián C. Creencias epistemológicas en profesores que postulan al Programa de Acreditación de Excelencia Pedagógica: análisis descriptivos y comparativos entre profesores que se desempeñan en los diferentes niveles de enseñanza. *Estudios Pedagógicos* 2015;41(2):107-125. <http://doi.org/brsw>
4. Hofer B, Pintrich P. The development of epistemological theories: beliefs about knowledge and knowing and their relation to learning. *Rev Educ Res* 1997;67(1):88-140. <http://doi.org/d2nrcd>
5. Álvarez-Espinoza A, Vera-Bachmann D. Explorando el cambio de creencias epistemológicas

en profesores. *Integra Educativa* 2015;8(1): 171-187.

6. Mansilla J, Beltrán J. Coherencia entre las estrategias didácticas y las creencias curriculares de los docentes de segundo ciclo, a partir de las actividades didácticas. *Perfiles Educativos* 2013;35(139):25-39.

Retos a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2017

Señor editor: La Encuesta Nacional de Salud 2017 deberá levantarse a cinco años de la Ensanut 2012, siguiendo la periodicidad esperada. La Ensanut 2017 será una herramienta fundamental para dar cuenta de tres importantes tendencias en el panorama de la salud de México: la predominancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, el acercamiento a la protección financiera universal y la integración de redes de atención personalizadas. La Ensanut 2012¹ aportó información clave para las políticas en materia de: prevalencia del sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión; así como en relación con las oportunidades para mejorar la calidad de la atención y el desencuentro entre actividad física y sedentarismo. Identificó una cobertura de protección financiera de 84% de la población nacional, así como evidencia sobre el excesivo gasto de bolsillo y la importancia de la participación de los prestadores privados de servicios de salud en la atención médica de primer contacto de todos los estratos sociales.²

Los aportes de la Ensanut 2012 apuntan a limitaciones y retos para su levantamiento en 2017. Destaca la mejora del reporte de enfermedades crónicas y su desagregación, principalmente para los cánceres más prevalentes, así como para los tipos de diabetes. También hay oportunidad de mejorar el reporte de motivos de atención, ya que la opción de respuesta "Otro motivo" de la Ensanut 2012 concentra poco más de 27% de los motivos de atención. Puede cuidarse,

además, que las listas de diagnósticos y motivos de atención coincidan. Otra limitación es la falta de información sobre las principales complicaciones de las enfermedades crónicas. Es importante incrementar el grado de precisión del interrogatorio y poder así precisar la incidencia y prevalencia de diagnósticos y motivos.

La atención de las enfermedades crónicas implica procesos complejos y barreras al acceso y a la cobertura efectiva. Con el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS)³ recientemente publicado, resulta importante explorar la relación entre prestadores a lo largo de la trayectoria de las enfermedades crónicas, su importancia para la adherencia a tratamientos, así como el papel que juegan los prestadores de primer nivel –tanto públicos como privados– para coordinar dichas trayectorias. La Ensanut 2017 podrá contribuir a identificar el reto a la demanda y recepción de servicios médicos integrales y personalizados, tal y como lo exige el modelo de atención crónica a la salud.⁴ En efecto, ya no basta con preguntar sobre la última consulta ambulatoria o sobre actividades puntuales de detección y control. Es preciso identificar la calidad de las rutas de prevención y atención médica, la participación de diversos profesionales y establecimientos –incluida la atención de urgencias–, así como el apoyo social y comunitario que se recibe. Sería muy valioso, también, observar la valoración que hacen los encuestados sobre el acceso a los servicios de salud en las diferentes opciones a su alcance, más allá de observar la satisfacción cuando son objeto de utilización.

En materia de protección financiera, sería relevante identificar los incentivos a la afiliación voluntaria al Seguro Popular y el interés por acceder a diversas opciones de aseguramiento, sobre todo entre los trabajadores independientes y la población en condiciones de pobreza

que aún carecen de estos beneficios. Se requiere, además, que la Ensanut 2017 indague en mayor profundidad sobre el gasto privado para la atención hospitalaria, identificando el monto y el destino de los recursos.

El reto de las enfermedades crónicas exige tamaños de muestra de casos y de utilizadores de servicios de salud que permitan obtener información de prevalencia, demanda, gastos y calidad de los servicios de salud para los diagnósticos más prevalentes. Es clave procurar los recursos financieros necesarios para ampliar las muestras. Al ofrecer mayor detalle en la información sobre el papel de aseguradores y prestadores privados de servicios de salud, sería factible su contribución financiera para el levantamiento de la encuesta, así como ya lo hacen las instituciones públicas.

El rediseño de la Ensanut debe, por supuesto, mantener en la medida de lo posible, la comparabilidad con encuestas previas. No obstante, el rediseño a fondo es imperativo para obtener los nuevos conjuntos de información requeridos para apoyar la toma de decisiones de un Sistema Nacional de Salud en rápida evolución. La Ensanut debe apoyarse en esfuerzos de investigación de encuestas encaminados a resolver los retos que encara.

Miguel A. González Block, D en CS,⁽¹⁾

miguel.gonzalezblock@gmail.com

Alejandro Figueroa-Lara, MC,⁽²⁾

Leticia Ávila Burgos, D en Cs,⁽³⁾

Dulce Alejandra Balandrán-Duarte, MSP,⁽⁴⁾

Belkis Aracena-Genao, MC,⁽³⁾

Lucero Cahuana-Hurtado, D en C,⁽³⁾

Carlos M. Guerrero-López, MC.⁽³⁾

⁽¹⁾ Cátedra PwC de Investigación en Sistemas de Salud, Universidad Anáhuac.

Huixquilucan, Estado de México, México.

⁽²⁾ Boston Scientific.

Ciudad de México, México.

⁽³⁾ Instituto Nacional de Salud Pública.

Cuernavaca, México.

⁽⁴⁾ Posgrado de Ciencias Sociomédicas,

UNAM, México.