

Determinantes sociales de la obesidad en México

Social determinants of obesity in Mexico

Alejandra Rodríguez-Torres,^{1a} Donovan Casas-Patiño^{2b}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 73, Consultorio de Medicina Familiar. Amecameca, Estado de México, México

²Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Amecameca, Profesor Investigador de Tiempo Completo. Amecameca, Estado de México, México

ORCID:

^a0000-0002-2582-625

^b0000-0002-3129-418

Palabras clave:

Determinantes Sociales de la Salud

Obesidad

Nutrición

Enfermedades no Transmisibles

Keywords:

Social Determinants of Health

Obesity

Nutrition

Noncommunicable diseases

Correspondencia:

Alejandra Rodríguez-Torres

Correos electrónicos:

aledefra2013@gmail.com

Fecha de recepción:

14/05/2018

Fecha de dictamen:

28/08/2018

Fecha de aceptación:

11/12/2018

Resumen

El presente documento tiene como finalidad mostrar una reflexión relacionada a la obesidad como proceso y fenómeno social, la cual requiere aproximaciones que permitan: reconocer su complejidad, considerar los determinantes y su determinación Socio-histórica, contextualizarlo y observarlo a nivel individual, familiar y colectivo.

Los puntos específicos a considerar son la dieta/alimentación, el salario mínimo, la canasta básica, el ambiente familiar y la flexibilización y precarización laboral, los cuales determinan el ser y el vivir con obesidad en México, por lo que la promoción, la prevención y el autocuidado se reducen a buenas intenciones.

Por otro lado, es una invitación para tener un posicionamiento incluyente, equitativo e igualitario no solo en tratamiento de la obesidad como entidad mórbida, también en su concepción como problema social individual y colectivo, la finalidad es evitar que las nuevas generaciones desarrollen obesidad y comorbilidades a edades más tempranas.

Abstract

The purpose of this document is to show a reflection related to obesity as a process and social phenomenon, which requires approximations that allow: recognize its complexity, consider the determinants and its Socio-historical determination, contextualize it and observe it at the individual, family and collective level.

The specific points to consider are the diet / diet, the minimum wage, the basic basket, the family atmosphere and the labor loosening and precariousness, which determine the being and living with obesity in Mexico, so the promotion, the prevention and self-care are reduced to good intentions.

On the other hand, it is an invitation to have an inclusive, equitable and equal position not only in the treatment of obesity as a morbid entity, but also in its conception as an individual and collective social problem, the purpose is to prevent new generations from developing obesity and comorbidities at younger ages.

Introducción

Si hay algo en este momento que ejemplifique la necesidad del trabajo transdisciplinario e interdisciplinario para el entendimiento y resolución de un problema, este podría estar bien representado por la epidemia de obesidad que padece un gran porcentaje de la población mexicana. Desde su definición, esta epidemia ha sido observada como un proceso histórico-social-cultural, por sus implicaciones económicas, y sobre todo, por lo concerniente al área de promoción, prevención y atención.

Las diferentes miradas disciplinares tratan de reconstruir un cuerpo obeso sometido a los cambios tecnológicos, las exigencias sociales, las implicaciones económicas, las transformaciones familiares, las transiciones dietéticas, los descubrimientos celulares, genéticos y moleculares, las modas, los usos y costumbres; dejando ver que, para crear estrategias de limitación del daño, sería necesario: 1) *reconocer el carácter complejo en su estudio*; 2) *considerar los determinantes y su contribución socio-histórica*, y 3) *contextualizar y observar a nivel individual, familiar y colectivo*.

Uno de los puntos claves a tratar es la *dieta-alimentación*, como etiología y tratamiento de la obesidad. Como tal, es un proceso altamente complejo porque, desde el punto de vista biológico, el consumo de alimento asegura perpetuar la especie. Sin embargo, desde el punto de vista del posmodernismo y neoliberalismo, desequilibran, desestructuran, desregionalizan y someten al mercado una actividad esencial y necesaria para la supervivencia del ser humano. Incluso, se compromete el desarrollo biopsicosocial, al transformarlo de un derecho humano a un discurso político, como parte de una cadena de inseguridad alimentaria y falta de inclusión social, al perpetuar generaciones malnutridas.¹

El otro punto a tratar como etiología es el *sedentarismo* y su contraparte, la *actividad física*, como el objetivo primordial de la promoción e implementación de la terapéutica y prevención de la obesidad. Sin embargo, ambas acciones son más complicadas de lo que se piensa, pues a la vez

dependen de determinantes que aseguren el óptimo desarrollo del individuo/colectivo y la oportunidad de seleccionar entre las diferentes opciones con pleno albedrío.

Por último, y no menos importantes, se encuentran los *medios masivos de comunicación*, como generadores de cultura de consumo, propia de la hipermodernidad, al promover satisfactores fugaces y manipular ideológicamente las conductas sobre alimentos de alto contenido energético bajo políticas fallidas de regulación y control.

De esta manera, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un desafío para las políticas públicas en salud, los servicios de salud y los profesionales de salud; así como para el individuo, la familia y la comunidad. Donde se tendrá que buscar congruencia, coherencia y armonía, entre las estructuras y su función, bajo la lógica del sentido de responsabilidad y compromiso social, al anteponer los derechos de salud, alimentación, vida digna y seguridad alimentaria.

La obesidad y su carácter de complejidad

El ser y estar obeso en México es el resultado de un entretreído de procesos y eventos estructurales, funcionales e interpretativos, que son necesarios tener en mente al momento de poner en práctica políticas de prevención, atención y reparación del daño.

La obesidad como “ente” formalmente reconocido, acaparó la mirada política, económica, social, psicológica y médica desde la práctica preventiva y curativa, por las cifras alcanzadas en términos de prevalencia y costos de la atención, y por ser piedra angular de las ECNT más costosas.

En las últimas décadas, se ha visto que la concepción médico-curativa hacia este tipo de enfermedades no ha sido suficiente, pues además de la participación biológica, ambiental y genética, se encuentran otros determinantes que inciden desde las macro y microestructuras, a la génesis, perpetuación y apropiación de la obesidad y del “ser” obeso. Por una parte, se ha localizado el gen asociado a la obesidad,^{2,3,4} se conocen los neurotransmisores involucrados sobre los centros

de saciedad y estimulación del apetito,^{5,6,7} se ha avanzado sobre la participación y la función de los adipocitos^{8,9,10} y se sabe sobre los ambientes obesogénicos y la participación de la familia.^{11,12,13,14,15,16} Por otra parte, se han promovido estilos de vida saludables y establecido medidas preventivas; sin embargo, el incremento en las cifras de obesidad y enfermedades degenerativas, continúan comprometiendo a los grupos etarios más jóvenes.^{17,18,19}

En contraste con algunas iniciativas gubernamentales, como la cruzada nacional contra el hambre, México es el país con más personas obesas en el mundo, el 70% de los mexicanos padece sobrepeso y una tercera parte sufre obesidad. Tomando en cuenta la magnitud, el ritmo de crecimiento y las presiones que la obesidad y las ECNT ejercen sobre el Sistema Nacional de Salud, en el 2013 se publicó la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes,²⁰ en la cual se reconoce que:

La dinámica epidemiológica que afecta la carga actual de la morbilidad y la mortalidad está determinada, por otros factores asociados a la desigualdad social y económica, y a estilos de vida poco saludables, entre los que destacan, la falta de actividad física, la alimentación inadecuada...

La puesta en marcha de dicha estrategia fue con el propósito de que la ciudadanía y su entorno interactuaran en congruencia con la cultura de la prevención y protección frente a riesgos sanitarios, así como lograr el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y la contención de factores que definen y distribuyen socialmente la carga social y económica de las enfermedades relacionadas con los estilos de vida no saludables. Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE),²¹ una persona con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud, gana 18% menos que el resto de la población sana y presenta ausentismo laboral. En dicho documento se reconoce una transición nutricional con una tendencia al estilo occidental de la dieta, la cual se caracteriza por tener mayor disponibilidad a bajo costo y disminuir el tiempo de preparación, con la

consecuente alta cantidad de grasa, azúcar y sal.

Un factor adicional es la influencia de la publicidad que promueve la ingesta de alimentos industrializados con alto aporte calórico; al mismo tiempo que disminuye de manera importante la actividad física de la población. Además del incremento en los alimentos de alta densidad energética, pues se reconoce el incremento en el consumo de bebidas calóricas, siendo el sector escolar uno de los mayores consumidores.

Ante dicha situación surge la iniciativa del Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil (Código PABI),²² con la finalidad de promover la realización y emisión de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil de manera responsable en materia de salud, protección al consumidor y orientación alimentaria, así como, innovar para el óptimo aprovechamiento de los recursos financieros, mediáticos y creativos con los que cuenta la industria para promover estilos de vida saludables. En dicho documento, se establece que es obligatorio que los alimentos y bebidas no alcohólicas, contengan la información nutrimental en el etiquetado. Dichas acciones, parecían ser las más adecuadas para prevenir el consumo de estos alimentos; sin embargo, su acción se limitó y está condicionada por la ausencia de un marco jurídico que garantice la puesta en marcha de estas acciones, además de la carencia de mecanismos para su implementación y la adhesión por parte de la industria y los distintos órdenes de gobierno.

Al respecto, con la finalidad de normalizar los establecimientos para el expendio y distribución de alimentos y bebidas para el consumo de la población escolar en los planteles de educación primaria, se estableció el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad (ANSA).²³ Si bien, es un manifiesto con una serie de buenas intenciones (promoción a la salud, autocuidado, estimulación de la actividad física), acciones intersectoriales, participación de diferentes instituciones y actores sociales, así como, reglamentos y normas para la regulación, distribución y producción de alimentos; la realidad muestra que la complejidad del problema

precisamente radica en la falta de compromiso de todas las partes. Cabe señalar que el ANSA es tan solo un acuerdo bajo el principio de buena voluntad, por lo tanto, no es un instrumento que obligue ni sancione. De ahí, que su incumplimiento se justifique con la falta de recursos, pero también, con la falta de estrategias, de obligatoriedad, de sanciones, de coordinación, de interés, de seguimiento y de evaluación.

Lo anterior, a pesar de la reforma en el decreto, artículo 3, quinto transitorio III, apartado C, que a la letra dice: “Prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos”.²⁴

Los determinantes y su determinación socio-histórica

La promoción de estilos de vida saludable y de activación física son acciones que suenan sencillas, pero no lo son. La elección de un tipo de alimento o de actividad física no solo depende de la voluntad de los individuos/colectivos, esta elección depende de otros determinantes que son reducidos al mínimo cuando de promoción y autocuidado se trata, pensando que están presentes de manera positiva y que es por falta de voluntad y ocio que no se realizan las recomendaciones.

En términos de la *dieta/alimentación* es necesario hacer una distinción conceptual y funcional. La *alimentación* se concibe como el proceso por el cual los grupos humanos obtienen las materias primas de la naturaleza para su comida y bebida con fundamento en la cultura y su tecnología; donde se procura una *dieta*, entendida como el conjunto y cantidad de alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente y/o conjunto de nutrientes que se ingieren durante el consumo habitual de alimentos.

Ambos procesos son elementos que se han moldeado en cada país.

Particularmente en México, la transición dietológica ha sido consecuencia de los cambios económicos y de clase; se ha sugerido que a partir de 1994 con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, no solo se modificó la estructura del comercio y de los flujos

de capital, también se transformaron los hábitos de consumo de la población hacia alimentos de comida rápida con altos contenidos de grasas y calorías, en donde es posible que cueste menos consumir una sopa instantánea, que cocer un kilo de frijol.²⁴

¿De qué manera pretendemos prescribir y llevar a cabo una *dieta/alimentación* de calidad cuando tenemos determinantes que influyen de manera negativa en este objetivo? Por ejemplo: a) salarios mínimos insuficientes, b) elevación en costos de la canasta básica, c) condiciones laborales precarias y flexibilización laboral, d) desintegración familiar, y e) falla en la respuesta del sistema de salud.

a) Salario mínimo en México

De acuerdo con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el salario establecido por la Comisión de los Salarios Mínimos mediante resolución en el Diario Oficial de la Federación del 21 de diciembre del 2017 y vigente a partir del 1 de enero del 2018, el salario mínimo en México es de \$ 88.36 pesos (4.6 dólares al tipo de cambio de 19 pesos).²⁵ Esto coloca a México, entre los países con salario mínimo más bajo en Latinoamérica, lo cual incluso ha sido señalado con cifras oficiales de los organismos mundiales, tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), que coinciden en que el salario mínimo mexicano es el más bajo de América Latina y de los países de la OCDE y que esta cantidad se encuentra por debajo de la línea de pobreza extrema,²⁶ por lo cual no alcanza para cubrir la llamada Canasta Obrera Indispensable (COI) o la Canasta Alimenticia Recomendable (CAR).

b) Elevación del costo de la COI y de la CAR

La COI representa el precio de una canasta ponderada, de uso y consumo diario, para una familia obrera de 4 personas (2 adultos, un/a joven y un/a niño/a), se trata de una canasta integrada por 35 bienes y servicios (27 alimentos, 3 productos de aseo personal y del hogar, transporte:

metro, metrobus o microbús), energía eléctrica, gas y agua. En relación a la CAR, es una canasta ponderada de uso y consumo diario, para una familia mexicana de 4 personas (2 adultos, un/a joven y un/a niño/a). Fue definida por el Dr. Abelardo Ávila Curiel del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y está conformada por 40 alimentos, su precio no incluye gastos en su preparación, ni tampoco gastos de renta de vivienda, transporte, vestido, calzado, etc.²⁷

El último incremento al salario mínimo en el 2018, estuvo acompañado de incrementos significativos en productos de la canasta básica, incluyendo el gas licuado de petróleo (LP) y los transportes públicos, de acuerdo con el registro de precios de la Procuraduría Federal del Consumidor.²⁸ Lo anterior se contrapone con lo establecido en el artículo 28 constitucional, párrafo tercero, donde se indica que “*Las leyes fijarán bases para que se señalen precios máximos a los artículos, materias o productos que se consideren necesarios para la economía nacional o el consumo popular, así como para imponer modalidades a la organización de la distribución de esos artículos, materias o productos, a fin de evitar que intermediaciones innecesarias o excesivas provoquen insuficiencia en el abasto, así como el alza de precios.*”²⁹

El incremento de la CAR y el insuficiente salario mínimo, muestran que el poder adquisitivo del salario ha acumulado una pérdida por demás significativa. Por ejemplo, en diciembre de 1987 con un salario mínimo de \$6.47 pesos, se podía adquirir 163.8% de la CAR, y en 2015 solo se podía adquirir el 79.20%.³⁰ Esto revela que la dieta/alimentación no es de elección libre, voluntaria y/o consciente, sino que está determinada por el ingreso, limitando la posibilidad de los colectivos a una dieta/alimentación en beneficio del mantenimiento de su salud.

c) Condiciones laborales precarias y flexibilización laboral

El tiempo de trabajo necesario para adquirir la CAR depende de tres factores: el precio de la CAR, el monto del salario mínimo, y el número de horas de una jornada laboral. En 1987 se tenían que laborar 4 horas y 3 minutos para poder adquirir

una CAR, a diferencia del 2015, con 22 horas y 29 minutos para el mismo objetivo, es decir 15 horas más de una jornada de 8 horas diarias.³⁰

Para alcanzar a adquirir una canasta básica y poder cubrir el costo de los alimentos, las personas se han visto obligadas a considerar alternativas de trabajo como: buscar doble empleo aun en condiciones precarias; que más miembros de la familia trabajen y obtengan un ingreso (mínimo) para contribuir al gasto familiar; recurrir al mercado informal o emigrar a otra región del país o al extranjero; o por necesidad, y para no perder el empleo, obliga a las personas que aun estando enfermas vayan a trabajar.³¹

La flexibilización laboral y la precariedad de estos trabajos son círculos viciosos de malnutrición-enfermedad, los cuales son difíciles de romper aun con las mejores técnicas de promoción y educación para la salud. Los largos trayectos hacia los trabajos, la falta de tiempo durante el trabajo para promover la actividad física, la falta de comedores donde los trabajadores puedan consumir sus alimentos y el cansancio físico al término de la jornada de trabajo, son determinantes negativos para la búsqueda de estilos de vida saludable. Todo esto ha empujado a la miseria a las familias trabajadoras de México, y ha contribuido a una mayor desintegración familiar.

d) El ambiente familiar

La dieta/alimentación, en cuanto a los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias. Los progenitores marcan pautas muy importantes de prohibición o permisivas para la elección, la conducta alimentaria y la obesidad. La dieta/alimentación y la conducta alimentaria son una interacción de determinantes ambientales, cognitivos, fisiológicos y socioculturales con imitación de modelos familiares y sociales.

En un estudio realizado en algunos municipios de México se encontró que la disponibilidad de infraestructura para la práctica de actividad física recreativa y deportiva era menor en zonas de bajas

condiciones socioeconómicas.³² Como se puede ver, esta desigualdad social compromete a los grupos que ya son vulnerables a los determinantes económicos e incluso de accesibilidad a los servicios de salud, modificando el comportamiento de la desnutrición y transformándolo a ambientes obesogénicos en las clases menos privilegiadas.

Por otro lado, la población infantil es vulnerable al mercado televisivo del consumo de alimentos hipercalóricos, siendo un canal de comunicación entre la colectividad y el mundo, condicionando prácticas de consumo, de relaciones sociales y culturales.³³ Sus tácticas publicitarias y los consumos adictivos sobrepasan las políticas de incremento de impuestos, derogaciones y regulaciones de la Ley General de Salud en materia de entretenimiento en televisión abierta y de paga, sirviendo solo como medidas de contención, pues se requiere de un verdadero compromiso moral y social por parte de los productores, y de la exigencia por parte del mercado para otorgar alimentos nutritivos y de calidad, no basta solo con buenas intenciones, implica un bien común, las grandes trasnacionales disfrazan su irresponsabilidad con fundaciones y apoyos comunitarios sin modificar de fondo y en esencia los efectos mercadotécnicos y burlando las normativas, reglamentos y leyes, perpetuando así, el alto consumo de alimentos altamente energéticos.

Esto, a su vez, ha abierto el paso a otro mercado, el de los alimentos orgánicos, olvidando que la seguridad alimentaria no se trata de paliar el hambre con la disponibilidad de alimentos modificados genéticamente que comprometan la salud con posibles daños a largo plazo (diabetes, cáncer, obesidad), y crear un imaginario de la buena alimentación-nutrición por el consumo de productos con alta energía calórica y bajo costo, ampliando más la brecha de desigualdad social y falta de inclusión.

La falta de responsabilidad social por parte de los productores de alimentos, el alejamiento de la participación del estado en políticas incluyentes y equitativas, los efectos tardíos del neoliberalismo y la posmodernidad en el consumo y producción, han conducido a lo que Durkheim denomina como *anomia*, la ausencia de reglas morales y éticas necesarias para la interacción entre los diversos sectores de la sociedad; lo que en consecuencia

perturba no solo la dinámica social, sino además, es el reflejo de la sociedad sobre su percepción individual y colectiva con el ambiente.³⁴

Al respecto, los medios masivos de comunicación no toman en cuenta lo señalado en el Artículo 67 de la Ley General de Radio y Televisión, en el que se establece que la programación dirigida a los niños debe estar exenta de publicidad que incite a la violencia o al consumo de alimentos de alimentos que distorsionen los buenos hábitos.³⁵

- El “*ser*” obeso: observación a nivel individual, familiar y colectiva

El “*ser*” obeso, puede ser entendido como el resultado de una inadecuada ingesta de alimentos, además de un estilo de una vida sedentario, por lo que el punto esencial es la promoción de estilos de vida saludables e intervenciones (educación, orientación, familiar y psicoanálisis) para promover una mejor alimentación y activación física. Sin embargo, al igual que con las ECNT, la construcción social de la realidad imperante del sentido común, demuestra que esta dista mucho de los discursos dogmáticos que van desde lo político a lo científico, “regulaciones sesgadas que privilegian los intereses económicos por encima de la salud de las personas”.

La *dieta-alimentación*, está subsumida a una inequidad e inseguridad alimentaria, reflejo de la marginación e ignominia de nuestros colectivos.³⁶ Los efectos de la globalización son la pérdida de regionalización e identidad de los alimentos consumidos, por lo que las grandes empresas trasnacionales, que ofertan alimentos rápidos, fugaces y “llenadores” como lo dicen los propios consumidores, que por su disponibilidad están acordes al tiempo que se puede dedicar para su consumo.^{37,38} La información sobre autocuidado y el deslinde de la responsabilidad al paciente y la familia en la evolución de las enfermedades no puede considerarse parte de un empoderamiento, pues cuando se trata de dieta-alimentación, esta se encuentra condicionada al alcance individual y colectivo.

Desde la otredad, el discurso del “*ser*” obeso permite visualizarlo como una necesidad básica,

sujeta a intereses particulares, dominación de mercado y políticamente manipulable desde el área de la salud, sin modificar en esencia sus determinantes (salarios, seguridad, tiempo de trabajo, cercanía de los empleos), por lo que la obesidad de la población, no es más que el reflejo de la pobreza, marginación, inequidad y desigualdad en que vive nuestro país. En este contexto, la complejidad del problema de la obesidad en México, no solo requiere acciones de responsabilidad individual, también requiere de conciencia social hacia una verdadera responsabilidad moral y ética en la producción, distribución y acceso de los alimentos de adecuada calidad, a fin de garantizar una dieta-alimentación digna para la población.

e) Respuesta del sistema de salud

Desde el punto de vista de los sistemas de salud, se cuenta con diferentes documentos como resultado de las políticas y estrategias gubernamentales para el control del sobrepeso y la obesidad:

- NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.³⁹
- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. ⁴⁰
- Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. Actualización 2012.⁴¹
- Guías alimentarias y de actividad física en el contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana.⁴²
- Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013).⁴³

Después de tres décadas, con el establecimiento de normas oficiales, guías e intervenciones, no se ha tenido el efecto esperado. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (2016), confirma que México vive una epidemia de obesidad.⁴⁴ La ideación biomédica de la obesidad

es similar en España, México y Francia, se hace hincapié en la necesidad de realizar estrategias de comunicación social, educación interactiva, integrar un observatorio de alimentación, favorecer y promover la actividad física, capacitar a los facultativos de primer nivel, a los padres y maestros; sin embargo, todas las estrategias, al final, ponen énfasis en la voluntad individual más que en el compromiso colectivo.⁴⁵

De la misma manera, no se ha modificado la concepción de que “la persona es, en última instancia, responsable de su estilo de vida”. ¿Hasta qué punto ésta problematización de la obesidad como enfermedad, está contribuyendo a estigmatizar a las personas obesas? Las prácticas alimentarias dependen de factores micro y macro estructurales, no solo por la voluntad propia. ¿Por qué no se bajan los precios de los alimentos saludables o aumentan los salarios de los más pobres? ¿Por qué no se evitan las largas jornadas laborales y se previene el sedentarismo? Los programas preventivos, basados en una simplificación de la mejora en los estilos de vida, no consideran que los determinantes estructurales sean grandes barreras que incluso se contraponen con el mismo tratamiento y evolución del “vivir con obesidad”; asimismo, no se consideran los requerimientos de rutinas, consejos dietéticos y prácticas de salud, los cuales son insostenibles por el costo económico, laboral y social que implican.

Por la magnitud y complejidad del problema de la obesidad se hace necesario que las instituciones de salud, los colegios, las asociaciones y toda organización de profesionales de la salud, tengan un posicionamiento en relación a estos determinantes y se exija el cumplimiento de las normas, pero también se solicite el cumplimiento al Estado, en su papel protector y de seguridad social, y que no sirvan solo como aparato ideológico de contención y sometimiento para perpetuar las desigualdades de los mercados neoliberales, donde la salud no es la excepción.^{42,46}

Conclusiones

Los diferentes actores sociales con el compromiso del estudio, atención y limitación del daño que

provoca la obesidad como patología biológica, psicológica y social, reconocen que para afrontar tal problemática, no basta con buenas intenciones, políticas o intervenciones que no estén apegadas al contexto de la población.

La alta complejidad que guarda la obesidad como *fenómeno-proceso*, amerita para su estudio un

abordaje multidisciplinario, un trabajo colaborativo inter y transdisciplinario, así como, un posicionamiento incluyente, equitativo e igualitario en beneficio de las generaciones actuales y futuras. No solo en la génesis de la obesidad como entidad mórbida, también en su concepción como problema individual, social y colectivo.

Referencias

- Casas-Patiño D, Rodríguez-Torres A, Jarillo-Soto EC. Alimentación y nutrición, tres vertientes para su comprensión. *Medwave*. 2016;16(3):e6424. doi: 10.5867/medwave.2016.03.6424. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/ProbSP/6424.act>
- Tapia-Rivera JC, Baltazar-Rodríguez LM, Cárdenas-Rojas MI, Álvarez A, Bustos-Saldaña R, Delgado- Enciso I, et al. Polimorfismo rs4285184 del gen MGAT1 como factor de riesgo de obesidad en la población mexicana. *Medicina clínica*. 2017;148(4):149-196. doi: 10.1016/j.medcli.2016.07.037. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-polimorfismo-rs4285184-del-gen-mgat1-S0025775316305085>
- Peralta-Romero JJ, Gómez-Zamudio JH, Estrada-Velasco B, Karam-Araujo R, Cruz-López M. Genética de la obesidad infantil. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(1): S78-S87. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/805/1365
- Rodríguez-Arroyo G, Paradisi I, Vivenes-Lugo M, Castro-Guerra D, Rodríguez-Larrale A. Polimorfismos de los genes LEP, LDLR, APOA4, y sus relaciones con el sobrepeso, la obesidad y el riesgo de enfermedades crónicas en adultos del estado Sucre, Venezuela. *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud*. 2016;36(1):78-90. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i1.2702>. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2702>
- Álvarez-Castro P, Sangiao-Alvarellos S, Brandón-Sandá I, Córdido F. Función endocrina en la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*. 2011;58(8):381-448. doi: 10.1016/j.endonu.2011.05.015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-funcion-endocrina-obesidad-S1575092211002361>
- García-Mayor RV, Larrañaga-Vidal A, Docet-Caamaño MF, Lafuente-Giménez A. Disruptores endocrinos y obesidad: obesógenos. *Endocrinología y Nutrición*. 2012;59(4):225-280. doi: 10.1016/j.endonu.2011.11.008. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-disruptores-endocrinos-obesidad-obesogenos-S157509221200002>
- Santi-Cano MJ, Barba-Chacón A, Mangas-Rojas A. Bases moleculares de la obesidad: regulación del apetito y control del metabolismo energético. *Medicina Clínica*. 2001;117(12): 441-480. doi: 10.1016/S0025-7753(01)72146-X. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-bases-moleculares-obesidad-regulacion-del-S002577530172146-X>
- Negrão AB, Licinio J. Leptina: o diálogo entre adipócitos y neuronas. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2000;44(3):205-214. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1590/S0004-2730200000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-2730200000300004&lng=en)
- Domínguez-García MV, Huitrón-Bravo GG, Mendoza-López AA. La reacción inflamatoria en la fisiopatogenia de la obesidad. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva* [Internet]. 2012;19(1):75-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10422917008>
- Fernández-Real JM. El adipocito como biocomunicador. *Endocrinol Nutr*. 2003;50(6):187-97. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S157509220374529X>
- Contreras-Landgrave G, Camacho-Ruiz EJ, Manzur-Quiroga SC, Patiño-Casas OD, Ruano-Casado L. Obesity in the State of Mexico: Interfaces and Concurrences. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*. 2014(5):50-57. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/294/375>
- Gutiérrez-Valverde JM, Guevara-Valtier MC, Enríquez-Reyna MC, Paz-Morales ML, Hernández-Del Ángel MA, Landeros-Olvera EA. Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad. *Enfermería Global*. 2017;16(1). doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.253811> Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/253811/200711>
- De la Cruz M. Perfil familiar (estructura y dinámica) de la familia en niños con sobrepeso y obesidad que acuden a la UMF No. 20. Tesis para la obtención de diploma de especialidad en Medicina Familiar. 2012. Universidad Nacional Autónoma de México; Ciudad de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2012/julio/510212285/Index.html>
- Díaz-Contreras A. Propuesta para la prevención de la obesidad infantil a través de pláticas de orientación dirigido a padres de familia. Tesina para obtener el título de Licenciada en pedagogía. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras. México (2012). Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2012/junio/0681090/Index.html>
- Ocampo-Barrio P, Pérez-Mejía AN. Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2010;36(6): 305-362. doi: 10.1016/j.semerg.2010.01.006. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-creencias-percepciones-las-personas-obesas-S1138359310000808>
- Domínguez-Vázquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición (ALAN)*. 2008;58(3):249-255. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Archivoslatinoamericanosdenutricion/2008/vol58/no3/6.pdf>

17. Fernández-Cantón SB, Montoya-Núñez YA, Viguri-Urbe R. Sobre peso y obesidad en menores de 20 años de edad en México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. [Internet]. 2011;68(1): 79-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100011&lng=es.
18. Dávila-Torres J, González-Izquierdo JJ., Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(2):240-9. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf_interactivo/rm2015-2-flippingbook.pdf
19. Vitela N. Alerta FAO por Obesidad en México. *El Heraldo de México*. [20/01/2017] Disponible en: <http://www.heraldo.mx/alerta-fao-por-obesidad-en-mexico/>
20. Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. México D.F.: IEPSA; 2013. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
21. Agencia Reforma. Prevé OCDE aumento de obesidad en México. [20/05/2017]. Disponible en: <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/1342532.preve-ocde-aumento-de-obesidad-en-mexico.html>
22. Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria, CONAR, A.C. Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil (Código PABI). Ciudad de México: CONAR. Disponible en: http://www.conar.org.mx/pdf/codigo_pabi.pdf
23. Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA). Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2010. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%202010.pdf>
24. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforman los artículos 3o. en sus fracciones III, VII y VIII; y 73, fracción XXV, y se adiciona un párrafo tercero, un inciso d) al párrafo segundo de la fracción II y una fracción IX al artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México: DOF; 2013. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288919&fecha=26/02/2013
25. Lara M. Salario y excedente en México. Ciudad de México: Sin permiso; 2016. Disponible en: <http://www.sinpermiso.info/printpdf/textos/salario-y-excedente-en-mexico>
26. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Boletín de Prensa. 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/273889/2017NOV21-BoletinDePrensa.pdf>
27. Centro de Análisis Multidisciplinario. Reporte de Investigación 127. México 2018: Otra derrota social y política a las clases trabajadoras; los aumentos salariales que nacieron muertos. Disponible en: <http://cam.economia.unam.mx/>
28. El Universal. Canasta básica, al alza; golpea a familias. Sección Debate. Ciudad de México: El Universal; 2018. Disponible en: <https://www.debate.com.mx/mexico/-Canasta-basica-al-alza-golpea-a-familias-20180106-0008.html>
29. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 28. [06 de enero 2018]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf.
30. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Análisis Multidisciplinario. Reporte de investigación 122. México: Se agudiza la superexplotación del trabajo. Continúa la pérdida del poder adquisitivo del salario de 9.65% con Peña Nieto. Disponible en: <http://cam.economia.unam.mx/>
31. Loría E, Salas E. Sobrepeso e integración económica en México. *Economía Informa*. 2014(389):3-18. Disponible en: <http://www.economia.unam.mx/assets/pdfs/econinfo/389/01loriaysalas.pdf>
32. Ortiz-Hernández L. Disparidad socioeconómica en la disponibilidad de infraestructura para actividad física en los municipios de México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2005;6(4):235-45. Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/154/136>
33. Gutiérrez-García G, Casas-Patiño D, Maya-Martínez MA, Camacho-Ruiz EJ, Rodríguez-Torres A. Television and consumer theory: the case of mexican schoolchildren. *International Journal of Current Advanced Research*. 2016;5(10):1391-1396. Disponible en: <http://journalijcar.org/sites/default/files/issue-files/IJCAR-A-0887.pdf>
34. Gutiérrez-García G, Casas-Patiño D, Rodríguez-Torres A. Anomie Obesogenic: A Chaos Ritual. *Acta Psychopathol*. 2017;3:44. doi: 10.4172/2469-6676.100116. Disponible en: <http://psychopathology.imedpub.com/anomie-obesogenic-a-chaos-ritual.php?aid=19945>
35. Secretaría de Salud, Comunicado de prensa. México, primer lugar en publicidad de comida chatarra. Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/negocios/2008/07/13/512/mexico-primer-lugar-en-publicidad-de-comida-chatarra/>
36. Casas-Patiño D, Alves-de Oliveira W, Torres AR, Oliveira CCC, Ibarra AMD, Torales APB, et al. Representaciones sociales de dieta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. *Archivos de Medicina*. 2016; 12(1):1-9. doi: 10.3823/1283. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/representaciones-sociales-de-dieta-en-pacientes-con-enfermedad-cronica-no-transmisible.php?aid=8861>
37. Casas-Patiño D, Márquez-Molina O, Rodríguez-Torres A. Significado de la dieta en pacientes con obesidad. *Ciencias desde el Occidente*. 2014;1(1):66-73. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/CienciasdesdeelOccidente/2014/vol1/n01/8.pdf>
38. Casas-Patiño D, Rodríguez-Torres A, Contreras-Landgrave G, Casas-Patiño I, Maya-Martínez MA. Social Representations of the Diet in Patients with Diabetes Mellitus. *Diversity and Equality in Health and Care*. 2017;14 (2):46-52. Disponible en: <http://diversityhealthcare.imedpub.com/social-representations-of-the-diet-in-patients-withdiabetes-mellitus.pdf>
39. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Disponible en: <http://dif.slp.gob.mx/descargas/normatividad/NOM-043-2012.pdf>
40. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4127/Salud/Salud.html>
41. Secretaria de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. México, D.F.: CENETEC; 2012. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_04_6_08_EyR.pdf

42. Academia Nacional de Medicina. Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. México (2015). Intersistemas S.A de C.V. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L29_ANM_Guias_alimentarias.pdf
43. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México (2013) IEPISA, Entidad paraestatal del Gobierno Federal. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/200355/Estrategia_nacional_para_preencion_y_control_de_sobrepeso_obesidad_y_diabetes.pdf
44. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
45. Gracia-Arnaiz M. La obesidad como problema social: la ideación sobre su carácter crónico, plurifactorial y epidémico. En: Antropología de la Medicina, Metodologías e Interdisciplinariedad: de la Teoría a las Prácticas Académicas y Profesionales. Disponible en: <https://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0205Gracia-Arnaiz.pdf>
46. Azuela-Antuna J, González-Aquino AM, Carreón-Nieto CH, Cetz-Hugarte DT, Pineda-Aguirre V, Ramos- Martínez R, et al. Declaratoria de posición de la medicina familiar ante la obesidad infantil en México. *Aten Fam.* 2012;19(1):20-21. Disponible en: http://www.fmposgrado.unam.mx/atencion_familiar/19-1.pdf

Cómo citar este artículo:

Rodríguez-Torres A, Casas-Patiño D. Determinantes sociales de la obesidad en México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2018;26(4):281-90.