



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

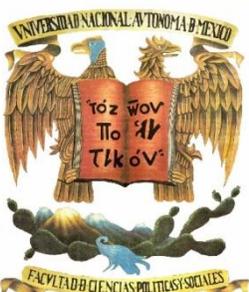
Impacto social de la obesidad infantil en México

TESINA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA:
Edson Paul Alvarez Guzmán

DIRECTORA DE TESINA

Doctora Nedelia Antiga Trujillo



Ciudad Universitaria 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

A LA FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

AL CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLOGICOS

**AL PROGRAMA NUEVAS MODALIDADES DE TITULACIÓN QUE
IMPARTE EL CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUA**

AL HONORABLE JURADO

**Especial agradecimiento a mi directora de tesina la Doctora
Nedelia Antiga Trujillo.**

Doctor Raúl Rojas Soriano.

Maestra Guadalupe Cortés Altamirano.

Doctora Dolores Muñozcano Skidmore.

Doctora Margara Millán Moncayo.

DEDICATORIAS

A mi madre, dulce ejemplo del amor...

A mi padre, sabio andador de la vida...

A mi hermano, acompañante leal...

A mi hermana, regaladora de felicidad...

**Y a las personas que desearon fervientemente la
terminación de este trabajo....**

A todos infinitas gracias...

Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. LA INFANCIA EN EL CONTEXTO SOCIAL NACIONAL	10
1.1 La niñez y los derechos humanos	11
1.2 Políticas públicas para la niñez	18
1.3 Problemas actuales de la niñez	23
CAPÍTULO 2. LA OBESIDAD COMO PROBLEMA SOCIAL	29
2.1 La obesidad como problema de salud pública	29
2.2 Obesidad y Sociología	34
CAPÍTULO 3. IMPACTO SOCIAL DE LA OBESIDAD INFANTIL EN MÉXICO	40
3.1 Datos sobre la obesidad infantil en México.....	40
3.2 Impactos sociales de la obesidad infantil en México.....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
Anexos	64
Anexo 1.	65
Anexo 2	66
FUENTES DE CONSULTA	74

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se desarrolla dentro del Programa Nuevas Modalidades de Titulación, correspondiente a la novena generación que imparte el Centro de Educación Continua y se elabora una tesina con el fin de obtener el título de Licenciado en Sociología.

En México la magnitud del problema de la obesidad ha ido acentuándose y actualmente, nuestro país ocupa el primer lugar en obesidad infantil y el segundo lugar mundial en obesidad general, precedido sólo por los Estados Unidos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha considerado a la obesidad infantil como uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI y dado que este problema tiene consecuencias sociales, deben ser explicados de manera urgente. La sociología, como disciplina da cuenta de esta problemática.

Es necesario ver el lado médico de la obesidad, sin embargo, el problema ha sido considerado de salud pública, lo que hace forzoso un análisis sobre el impacto social que ha generado la obesidad infantil en nuestro país. Para esto es necesario considerar el contexto social y explicar los factores sociales y culturales que influyen en el desarrollo de dicha problemática.

Dada la cantidad de información disponible actualmente, especialmente, las encuestas nacionales que recientemente se han elaborado sobre salud y nutrición, hacen factible el tema a desarrollar.

El planteamiento del problema de esta tesina, se refiere a la relación que existe entre la sociología y la obesidad infantil. Las preguntas de investigación serían las siguientes: ¿Cuáles son los impactos sociales que ha generado la obesidad infantil en México? y ¿qué relación existe entre la obesidad infantil y la sociología?, En

este sentido nos preguntamos ¿cuáles son las causas socioculturales que propician la obesidad infantil?

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a la obesidad y al sobrepeso de la siguiente forma:

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa, que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC), es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla, que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. ¹

Y Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-174):

La obesidad, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica, principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos. ²

La Sociología de la Salud que es la encargada de investigar los problemas de salud desde una perspectiva social, nos ayudará a explicar la obesidad infantil dentro del contexto actual. Es decir, nos enfocaremos al factor sociocultural de la obesidad infantil.

¹Organización Mundial de la Salud (OMS), *Obesidad y sobrepeso* [en línea] Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [consulta: 4 de diciembre de 2013]

² Norma Oficial Mexicana [en línea]: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html> [consulta: 6 de diciembre de 2013]

Para esto el Doctor Raúl Rojas Soriano ha descrito muy bien el proceso de salud-enfermedad dentro del sistema capitalista.

Las consecuencias del desarrollo capitalista se manifiestan de forma concreta en la salud de los grupos sociales que componen a las distintas sociedades históricamente determinadas: surgen nuevas enfermedades o se acentúa la presencia de otra, y se intensifican los accidentes. El surgimiento y las características de la enfermedad se presentan, por lo tanto, como resultado de la forma en que la sociedad produce y se reproduce, que responde a las características que el capitalismo impone en la dialéctica de su desarrollo³.

En este sentido podemos entender que el problema de la salud no es sólo biológico, sino que está ligada a diferentes factores y de esta manera, la problemática alcanza consecuencias sociales que deben ser analizadas.

Con lo que respecta a la definición de niñez y que es precisamente nuestro objeto de estudio, resulta importante observar diferentes definiciones para clarificar nuestra investigación.

Para los efectos de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña, en donde se incluye la República Mexicana se entiende por niño: “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.⁴

En la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de nuestro país, “se establece para sus efectos que son niñas y niños las personas de hasta

³ Rojas Soriano, Raúl, *Sociología médica*, p.23.

⁴ Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña [en línea], Dirección URL: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm> [consulta: 11 de diciembre de 2013].

12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos”⁵.

Para esta investigación nos referiremos a los niños y niñas como lo expresa la Convención, es decir todo ser humano menor de dieciocho años de edad, aunque priorizaremos en los niños en edad escolar, es decir, entre 5 y 11 años, esta consideración es partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que toma ese rango de edad para fines estadísticos.

Recientemente se observa un aumento en la preocupación por las condiciones de vida de la niñez, esto se expresa formalmente en la promulgación por parte de la ONU en 1989 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña, esta preocupación se ve reflejada también en la sociología.

La infancia como tema para la sociología ha sido ya abordada desde los diferentes teóricos clásicos de nuestra disciplina aunque sea de manera indirecta este es el caso de Marx, Durkheim y Parsons principalmente.

La sociología tiene como una de sus tareas, diagnosticar con mayor rigor metodológico los problemas sociales de la infancia.

Los impactos sociales pueden ser examinados dependiendo de las diferentes corrientes teóricas, en general, se puede resumir como los diferentes cambios que ocurren, a partir de los diferentes fenómenos sociales. Los cambios en las sociedades debidos a logros en las investigaciones también son definidos como impacto social, así como en general todos los logros que pueden observarse a través del tiempo, derivados de un proyecto de acción o intervención.

El campo para esta investigación será la República Mexicana.

⁵ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes [en línea], Dirección URL: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014 [consultado el 9 de enero de 2015].

Las encuestas sobre salud y nutrición y la cantidad de información que existe de la obesidad infantil a nivel nacional, permiten analizar la problemática en este campo de investigación. La información acerca de la obesidad por entidad federativa, aún es deficiente y resulta difícil para los fines de este trabajo.

La delimitación en tiempo estará dentro del periodo que va del año 2006 hasta el año 2012. En este trabajo se analizará el impacto social que ha causado la obesidad infantil en un periodo de tiempo de 6 años, con el fin de comparar las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) más recientes y así explicar el aumento de escolares obesos y sus consecuencias sociales en el país. Es decir, el objetivo principal de esta investigación será el de examinar el impacto social de la obesidad infantil en México. Conjuntamente identificar, la problemática de la obesidad infantil dentro de la sociología de la salud.

Definir, la obesidad infantil dentro del contexto social nacional. Recolectar, estadísticas y encuestas nacionales recientes, sobre la obesidad infantil en nuestro país y así problematizar el impacto social de manera concreta.

Para cumplir dichos propósitos, se revisarán entre otros los siguientes documentos básicos: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012 (ENSANUT 2006 y 2012). Además la Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008 (ENSE 2008).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) tiene como objetivo documentar las condiciones de salud y nutrición de la población mexicana.

Es una encuesta probabilística, que permite ofrecer resultados para cada una de las entidades del país

Dicha encuesta tiene como objetivo principal cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes en la población mexicana. Asimismo, la información obtenida a través de la ENSANUT, permite examinar la respuesta del Sector Salud a los retos de salud y nutrición de la población, incluyendo la cobertura y calidad de los servicios.

Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008 (ENSE 2008).

Esta encuesta se realizó con el fin de conocer los problemas de salud y nutrición entre los escolares y es coordinada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Estos datos nos ayudarán a proporcionar información directa, acerca de la problemática a investigar y poner en práctica la teoría analizada.

CAPÍTULO 1. LA INFANCIA EN EL CONTEXTO SOCIAL NACIONAL

1.1 La niñez y los derechos humanos

La preocupación por la niñez es cada vez más marcada, el interés para proporcionarle mejores condiciones de vida está presente en los asuntos internacionales, de esta manera se crean organismos para elaborar programas en favor de dicha población. México ha participado en los acuerdos celebrados mundialmente en materia de derechos de la infancia, tal es el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña celebrada en 1989.

El primer documento internacional sobre los derechos de la niñez fue la Declaración de Ginebra de 1924, pocas décadas después se firmó la Declaración de Derechos del Niño de 1959, le sigue la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña que fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989. Éste último instrumento internacional tiene mayor importancia, pues es reconocido por la mayoría de los países, donde se establece que todas las niñas, niños y adolescentes, sin ninguna excepción, tienen derechos y su cumplimiento es obligatorio para todos los países que la han firmado, México la ratificó en septiembre de 1990.

La función de dicha Convención, es proteger los derechos de la niñez a nivel internacional por lo que si nuestro país es parte de la misma, está obligado a llevar a cabo las medidas necesarias para respetar lo estipulado.

Esta Convención logra otorgar mayor autonomía a la niñez, se les reconoce como sujetos de derecho pleno, con una mayor participación dentro de la sociedad, teniendo un papel más activo.

Se observa que este segmento de la población tiene necesidades específicas, por lo tanto derechos concretos.

Los documentos internacionales reflejan el proceso de evolución en la concepción de la niñez y el lenguaje jurídico, pues se advierte la transformación del menor de edad como sujeto de protección a una valoración cada vez mayor de su autonomía y su intervención en el ejercicio de sus derechos⁶.

No debemos caer en un optimismo exagerado, al pensar que la Convención ha solucionado los problemas de la infancia. La Convención sólo es un paso hacia el reconocimiento de los derechos del niño y de la niña, aún falta mucho por hacer.

Si bien se puede hablar mucho sobre esta Convención, ya sea criticar o reconocer, sólo lo tomaremos como un parámetro para establecer lo que internacionalmente se ha discutido en torno a las problemáticas de la infancia y sabemos que por su carácter internacional, ha sido el referente obligado para las reformas a nuestra Constitución en materia de derechos de los niños y niñas.

Como lo explicamos en la introducción, dicha Convención concierne “a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad (artículo 1)”.

La Convención establece 54 artículos y dos protocolos facultativos. Para esta investigación será conveniente analizar los artículos referentes a la salud de la niñez, tal es el caso de los artículos 6 y del 24 al 27, que establecen lo siguiente⁷:

Artículo 6°

- 1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.*

⁶ Gonzáles Contró, Mónica, *Derechos humanos de los niños: una propuesta de fundamentación*, p. 393.

⁷ Para consultar la totalidad de los artículos de la Convención [en línea] Dirección URL: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm> [consultado el día 8 de enero de 2014].

2. *Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.*

Artículo 24

1. ***Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.***

2. *Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:*
 - a) *Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;*
 - b) *Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;*
 - c) ***Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;***
 - d) *Asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres;*
 - e) ***Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños y niñas, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;***

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

- 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.*
- 4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.*

Artículo 25

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26

1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños y niñas el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.

2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de la niña y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

Artículo 27

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño y niña a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.**
2. A los padres u otras personas encargadas del niño y niña les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño y la niña.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño y la niña a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.
5. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño y la niña, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño y la niña resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño y la niña, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados. (Negritas mías).

Vemos la obligación del Estado de garantizar el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo del niño y la niña.

Entre otras cosas se destaca el derecho a la salud, entendiendo este derecho no solamente como el acceso a los servicios médicos sino involucrando otros elementos que hacen viable la vida del niño y la niña, tales como el acceso a agua potable, alimentos nutritivos, además de una cultura de prevención incluyendo educación para la salud.

Observamos los artículos y se entiende que la salud engloba varios aspectos, incluyendo el social, es decir, estarán incluidos los derechos sociales siempre que se quiera mejorar su calidad de vida. Acercándose al concepto de salud definida por la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”⁸

Esto viene especificado claramente en el artículo 27 en su apartado primero.

Es decir, para tener una niñez saludable no basta con garantizar los servicios médicos sino también se debe garantizar el acceso a la seguridad social.

La Convención también se destaca por incluir derechos de participación, es decir, el derecho a expresar la propia opinión, a estar informado entre otros; de esta manera “el niño y la niña pasaban de ser objetos de derechos a ser sujetos de derechos, de ser un proyecto de hombre o de mujer, a ser humano con valor por sí mismo.”⁹

La Convención es el principal instrumento internacional cuando se habla de derechos de la niñez, por esta razón la analizamos en esta investigación, con el fin de obtener un parámetro para observar particularmente el derecho a la salud.

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS) [en línea] Dirección URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consultado el 26 de enero de 2014].

⁹ De Senillosa, Ignacio, *El derecho a ser niño: paz para la infancia, ya*, p. 11.

...La Convención sigue siendo el principal y más importante instrumento internacional sobre esta materia no sólo porque es un marco que orienta de manera diferente la legislación y las políticas públicas de los Estados firmantes de este acuerdo, sino porque además encierra una concepción vanguardista sobre los derechos de la niñez; por ello se dice que la Convención sigue siendo el parte aguas histórico para ver, entender, tratar y relacionarse con la niñez.¹⁰

Pero por muy innovadora que sea la Convención en términos de derechos, no producirá novedad si no son puestos en práctica. Por esta razón nos preguntamos ¿qué ha hecho México para cumplir con esas normativas?

¹⁰ Geremia, Valeria, *Índice de medición de calidad de leyes en el marco normativo de los derechos de la infancia*, p.23.

1.2 Políticas públicas para la niñez

Nuestra infancia está lejos de observar un futuro honorable con una vida digna, son ellos quienes más padecen la marginación y la pobreza.

Por esta razón, se hace necesario analizar los programas y algunas reformas constitucionales, orientadas a generar condiciones para que la niñez ejerza de manera plena sus derechos.

Una década después de la Convención, (la cual es base para la modificación de los programas y leyes en nuestro país), en el año de 1999 se modificó el artículo 4° constitucional para incluir la noción de derechos de la infancia:

Artículo 4°, [...] Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Los ascendentes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos. El Estado otorgará facilidades a los particulares para que se coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.¹¹

La inclusión de los derechos básicos de la infancia (como la salud) en la Carta Magna de nuestro país, tiene un peso importante normativamente ya que la Constitución teóricamente expresa los valores de la Nación. De esta manera, el Estado tiene la obligación de cumplir y proteger los derechos escritos en ella. Aunque existen muchas controversias con este artículo por no incluir de manera precisa algunos otros derechos esenciales para el niño, tal como lo expresa Valeria Geremia "...Sin embargo, no hace ninguna referencia al derecho intrínseco de niños y niñas a la vida, ni se compromete a garantizar en la máxima medida de lo posible su supervivencia y desarrollo¹²."

¹¹Reforma al artículo 4° Constitucional [en línea] Dirección URL:

http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_reforma_articulo_4.pdf [consultado el 10 de febrero de 2014].

¹² Geremia, Valeria, *op. cit.*, p.18.

Existen algunas otras modificaciones constitucionales para adecuar los artículos con la Convención, en este sentido nos interesa resaltar aquellos relacionados a la salud.

Poco después, en abril del año 2000, se aprobó la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes y a finales del año 2014 se decretó la Ley General de los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes, es decir, se reformaron diversas disposiciones de la anterior ley.¹³. Ésta última ley también se fundamenta en una concepción integral del desarrollo del niño como se observa en su Artículo 43: *“Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en un medio ambiente sano y sustentable, y en condiciones que permitan su desarrollo, bienestar, crecimiento saludable y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, ético, cultural y social”*.

En el capítulo Noveno que trata exclusivamente del derecho a la salud y se especifica en su Artículo 50: *“Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud”*.

En ese mismo artículo, entre otras cosas, especifica la coordinación en los diferentes niveles de gobierno para: *“Asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria que sean necesarias a niñas, niños y adolescentes, haciendo hincapié en la atención primaria... Adoptar medidas tendentes a la eliminación las prácticas culturales, usos y costumbres que sean perjudiciales para la salud de niñas, niños y adolescentes.”*

La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes, tenía el propósito de proteger sus derechos, únicamente a un nivel federal y no de

¹³ Ley General de los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes [en línea], Dirección URL: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014 (consultado el 9 de febrero de 2015).

manera general, acortando la obligatoriedad en todas las entidades federativas. Así algunos estados aún no cuentan con leyes sobre la infancia. Una de las modificaciones fue que la ley tuviera una observancia general en el territorio nacional.

Cabe decir que esta ley tiene algunas limitaciones, por ejemplo, no contempla el derecho a la seguridad social y reduce responsabilidades al Estado, además "...no establece ningún órgano ni mecanismo de coordinación para la implementación de los derechos del niño. Por lo mismo, no se prevén ni atribuyen responsabilidades claras frente al diseño, seguimiento y ejecución de políticas públicas y programas destinados a implementar los derechos de la infancia. Tampoco se asigna un presupuesto propio para cumplir con estas obligaciones"¹⁴.

Para combatir dichas limitaciones se crea en 2001 el Consejo Nacional para la Infancia. Este comité lo presiden varias instituciones entre ellas está el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es decir, también se involucran instituciones de salud pública. Que entre sus objetivos se encuentra:

...Proponer e impulsar acciones que contribuyan al bienestar, desarrollo y mejora de la calidad de vida de este sector de la población, en lo relacionado con la nutrición, la salud, la habitación, el vestido, la educación, el cumplimiento de sus deberes, la recreación, el deporte, la cultura, la integración familiar, la seguridad y la integridad física y mental, entre otros aspectos de su desarrollo humano y social...¹⁵

Pero en realidad nunca cumplió las funciones para la cual fue creado que es coordinar las políticas públicas para la infancia.

¹⁴ Red por los Derechos de la Infancia en México, *La infancia cuenta 2012*, p.52.

¹⁵ ACUERDO PRESIDENCIAL [en línea] Dirección URL http://www.derechosinfancia.org.mx/Politica/pol_coia.htm [consultado el 26 de febrero de 2014].

Como lo señaló el Comité de los Derechos del Niño en sus observaciones del año 2006:

El Comité celebra que se haya creado un Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, que coordina la aplicación de los objetivos nacionales a favor de la infancia. Sin embargo lamenta el papel menor que ha desempeñado el Consejo en la formulación de las políticas oficiales sobre los derechos de los niños, que no haya recursos ni leyes que den al Consejo un mandato oficial, que los representantes de la sociedad civil no participen en la labor del Consejo y que no haya mecanismos para coordinar la labor de las autoridades federales y estatales¹⁶.

Cabe aclarar, que el Comité de los Derechos del Niño es quien supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por sus Estados partes, como lo analizamos, México es uno de esos Estados parte, de esta manera nuestro país debe informar periódicamente sobre la manera en que se ejercitan los derechos. El Comité examina los informes y publica su opinión del contenido en forma de observaciones tal como lo observamos en la cita anterior.

También se elabora El Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia 2002 – 2010. Dicho plan cuenta con 21 metas en tres ámbitos y uno de ellos es el ámbito de la salud, es decir, que entre sus metas incluyen mejorar la salud de los niños en México. Pero uno de sus mayores problemas, es la inexistencia de un presupuesto asignado y además, no hay continuidad después del año 2010 (como ocurren con muchos planes de gobierno), lo que deja muchos pendientes.

¹⁶ Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, *Observaciones finales emitidas por el Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, respecto al III Informe de México sobre Niñez*, México, 8 junio de 2006, [en línea], p.6, Dirección URL: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_informe_crc_mexico.pdf [consultado el 23 de febrero de 2014].

No existe una estrategia nacional eficaz, en pro de la niñez mexicana. Faltan mecanismos que, articulen las demandas actuales e instancias para su defensa. Como lo analizamos no hay un auténtico sistema que intervenga eficientemente cuando exista alguna violación a sus derechos.

1.3 Problemas actuales de la niñez

Una vez analizadas, tanto la Convención como las leyes promulgadas en México, es momento de observar los cambios que han producido en la vida concreta de la niñez.

Nuevos fenómenos surgen amenazando a la niñez, por esta cuestión se hace necesaria una revisión de la situación actual de los niños.

El problema recurrente de la población mexicana en general es la pobreza, que se acentúa en las últimas décadas con la entrada de la política económica neoliberal. En este contexto se puede explicar que la reducción de la actividad económica en el país, influye en el deterioro de la calidad de vida de la población y particularmente, en los grupos vulnerables como son los niños.

De acuerdo con los datos del Censo Poblacional del año, 2010, existen 39, 226,538 personas de 0 a 17 años, eso equivale a poco más del 30% de la población nacional; es decir, en nuestro país, aproximadamente uno de cada tres habitantes es menor de 18 años y de acuerdo con la UNICEF - CONEVAL, en su análisis "*Pobreza y Derechos Sociales de Niños, Niñas y Adolescentes en México, 2010-2012*": en 2012, 21.2 millones de niñas, niños y adolescentes, es decir, 53.8% de la población menor de 18 años en México estaba viviendo en pobreza y a su vez, 4.7 millones en pobreza extrema, lo que representa 12.1%. Lo que significa que más del 65% de nuestra población de 0 a 18 años vive en condiciones desfavorables de pobreza.

Habría que entender a la pobreza de una manera amplia y no sólo como escasez de ingresos, esto cobra relevancia al observar las particularidades de la pobreza en la infancia.

...La probabilidad de que se vuelva permanente es más alta que en el caso de los adultos, al igual que la posibilidad de que se reproduzca en la siguiente generación, además de que las consecuencias negativas que

ocasiona son irreversibles en la mayoría de los casos, lo que compromete el desarrollo presente y futuro de las niñas, niños y adolescentes que viven en situación de pobreza¹⁷.

La medición oficial de la pobreza en México está basada en tres rubros: bienestar económico, derechos sociales y contexto territorial. Esta medición la otorga el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL):

Se considera que una persona se encuentra en situación de pobreza cuando presenta al menos una carencia en alguno de los indicadores asociados al espacio de derechos sociales y su ingreso no le permite acceder a los bienes y servicios que se consideran esenciales (es decir, cuando presenta un ingreso inferior al valor actualizado de la “Línea de Bienestar Económico” definida por CONEVAL).

La población en pobreza extrema es aquella que presenta tres o más carencias sociales y un nivel de ingreso inferior a la Línea de Bienestar Mínimo (la cual representa un ingreso tan bajo que, aun si se dedicase por completo a la adquisición de alimentos, no alcanzaría para ese propósito).

La población en situación de pobreza moderada es aquella que es pobre sin ser considerada pobre extrema¹⁸.

La mayor parte de nuestra niñez, se desarrolla en un ambiente carente de derechos sociales principalmente el acceso a los servicios de salud, a la seguridad social y el rezago educativo, entre otros.

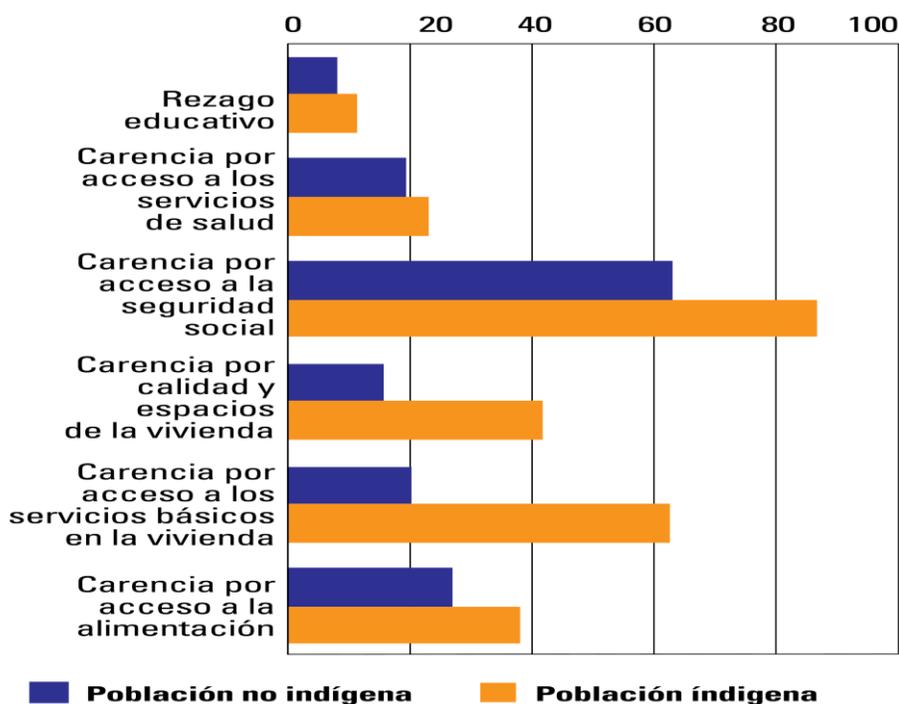
Esta situación empeora cuando se habla de la niñez indígena “en 2012, 78.5 por ciento de la población indígena de 0 a 17 años se encontraba en situación de pobreza y 33.4 por ciento en situación de pobreza extrema”.¹⁹

¹⁷ UNICEF - CONEVAL, *Pobreza y Derechos Sociales de Niños, Niñas y Adolescentes en México, 2010-2012*, México, [en línea], p.4, Dirección URL: http://www.unicef.org/mexico/spanish/UN_BriefPobreza_web.pdf [consultado 15 de abril de 2014].

¹⁸ *Ibíd.*, p.5.

¹⁹ *Ídem.*, p.6.

Gráfica 1. Porcentaje de población de 0 a 17 años, indígena y no indígena, con carencias sociales. México, 2012



De acuerdo a los criterios de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), se considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declaró ser hablante de lengua indígena. Además, se incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares.

Fuente: *Pobreza y Derechos Sociales de Niños, Niñas y Adolescentes en México, 2010-2012*, UNICEF – CONEVAL.

Con la anterior gráfica, podemos observar la prevalencia de las desigualdades sociales, la desventaja de la población indígena principalmente en el acceso a la seguridad social y el acceso a los servicios básicos en la vivienda.

Con el siguiente recuadro aclararemos los conceptos básicos analizados en la gráfica anterior.

Recuadro 1. Definiciones de los indicadores de carencia social

Indicador de carencia	Definición
Rezago educativo	Se considera con carencia por rezago educativo a la población de 3 a 15 años que no asiste a un centro de educación formal ni cuenta con la educación básica obligatoria; o bien, la población de 16 años o más que no cuenta con la educación básica obligatoria correspondiente a su edad.
Acceso a los servicios de salud	Se considera con carencia por acceso a los servicios de salud a la población no adscrita a servicios médicos en instituciones públicas o privadas ni inscrita al Seguro Popular.
Acceso a la seguridad social	Se considera con carencia por acceso a la seguridad social a la población que, estando ocupada, no cuenta con las prestaciones sociales básicas marcadas por la Ley; no es jubilada o pensionada; no es familiar directo de alguna persona en los dos casos anteriores, y aquella que tiene 65 años o más pero no cuenta con el apoyo de algún programa de pensiones para adultos mayores
Calidad y espacios de la vivienda	Se considera con carencia por calidad y espacios de la vivienda a la población en viviendas con piso, techo o muros de material inadecuado, o con un número de personas por cuarto mayor o igual que 2.5.
Acceso a los servicios básicos en la vivienda	Se considera con carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda a la población en viviendas sin acceso al servicio de agua de la red pública, drenaje, electricidad o combustible.
Acceso a la alimentación	Se considera con carencia por acceso a la alimentación a la población con restricciones moderadas o severas para acceder en todo momento a comida suficiente para llevar una vida activa y sana.

Fuente: *Pobreza y Derechos Sociales de Niños, Niñas y Adolescentes en México, 2010-2012*, UNICEF – CONEVAL

Si analizamos también la tasa de Mortalidad Nacional del año 2000, que dio el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con respecto a una década después podremos observar que ha disminuido. Las acciones gubernamentales han incidido para este sector, pero detrás de estos indicadores promedio existen disparidades regionales, lamentablemente esta situación decreciente no opera para los estados con mayor población rural e indígena donde esa tasa aún es elevada. La niñez indígena está aún más alejada de los avances en el ejercicio de los derechos sociales.

Tasa promedio de mortalidad de la niñez indígena Nacional 2000: 30.9

Tasa promedio de mortalidad de la niñez indígena Nacional 2010: 14.2

Tasa promedio de mortalidad de la niñez indígena en Guerrero 2010: 20.0

Tasa promedio de mortalidad de la niñez indígena en Chiapas 2010: 19.5

La tasa de Mortalidad Infantil, es la cantidad de infantes que mueren antes de llegar al año de vida, por cada 1000 nacidos vivos, en un año determinado. Esta tasa también refleja las condiciones socioeconómicas de nuestro país y la diferencia en la calidad de vida de las zonas rurales y urbanas. Las zonas de mayor marginación sufren mayores riesgos.

Por otra parte, de acuerdo con el *Informe anual UNICEF México 2013*: “Los datos sobre trabajo infantil indican que 3 millones de niñas y niños entre 5 y 17 años trabajaban en 2011 y el 39% de ellos no asistía a la escuela”²⁰. El trabajo infantil como el hecho de no poder acceder a una educación, constituyen una violación a sus derechos, obstaculizando el desarrollo social.

²⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Informe Anual UNICEF México 2013* [en línea], p.8, México, 2013, Dirección URL: http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEFReporteAnual_2013_final.pdf [consultado el 3 de marzo de 2014].

Observamos las limitaciones de las normativas que están lejos de aplicarse en lo concreto. México no logra garantizar estos derechos. Nuestra niñez aún no disfrutar sus derechos.

A pesar de las acciones y programas sociales emprendidos por el gobierno en los últimos años, encontramos estadísticas que muestran la cruda realidad mexicana. Los viejos problemas de la niñez, pese a los programas iniciados desde la década de 1920, no se han solucionado de fondo: la violencia, el abandono, la explotación sexual, el analfabetismo, marginación, y pobreza²¹.

²¹ Rivera, Elva; Tirado, Gloria, "Los derechos de la infancia en México [del pasado al presente]" en *Estudios sociales sobre la infancia en México*, p. 59.

CAPÍTULO 2. LA OBESIDAD COMO PROBLEMA SOCIAL

2.1 La obesidad como problema de salud pública

La obesidad sin duda es un problema de salud pública, dada su prevalencia y asociación con otras enfermedades, hablamos de que existen enfermedades como la diabetes que tienen relación con la obesidad.

Para hablar de salud pública conviene entender el significado de este concepto, que ha cambiado a lo largo de la historia y como primera instancia, podríamos decir que la “Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población.”²²

No existe una definición única de qué es salud pública, por esta razón es conveniente analizar algunas de estas definiciones:

- El esfuerzo (tanto organizado como sin organizar) de una sociedad que proviene de su compromiso de cumplir o lograr sus ideales de salud.
- Un esfuerzo organizado por parte de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones públicas, de mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población mediante una acción colectiva.
- La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar vida y promover la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.
- Una parte integrante del sistema sanitario, se entiende que la salud pública consiste en las intervenciones llevadas a cabo en la sociedad que tienen a la salud como meta principal.²³

²² Navarro, Vicente, *Concepto Actual de Salud Pública*, [en línea] Dirección URL: <http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf> [consultado el 4 de junio de 2014]

²³ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento*, p.15.

La mayoría de los conceptos reitera la perspectiva colectiva de los procesos de salud, es decir, reconoce la enfermedad fuera de lo individual. Las enfermedades catalogadas como problemas de salud pública, no pueden ser resueltas en un plano individual, es dicha disciplina la encargada de proteger la salud a un ámbito poblacional.

Se puede hacer una distinción entre el sistema de asistencia sanitaria (salud individual) y la salud pública (servicios sanitarios colectivos). Los servicios de salud colectivos son aquellos que apuntan al medio ambiente o a la comunidad. Sin embargo, existe una estrecha relación complementaria entre la salud pública y las actividades de asistencia individual en todos los niveles de la asistencia sanitaria, en especial en relación con la atención primaria.²⁴

Dicha colectividad trasciende el área gubernamental, e incluye a la comunidad organizada, lo público no sólo es el Estado.

La salud pública requiere para su avance de la participación de diferentes disciplinas, ya que sin ellas su investigación resultaría incompleta. Podríamos decir que es la rama de la medicina que tiene mayor relación con las ciencias sociales, aunque dicha especialidad no es propiamente clínica, pero determina un enfoque más integral sobre el proceso de salud-enfermedad. “El predominio de la visión biológica en medicina responde a estas coordenadas de poder. Pero hay que hacer hincapié en que la parte más importante en la mejora de la salud de una población es la salud pública, entendida en su sentido más amplio. La salud pública, así definida, no es una rama de la medicina, tal como se concibe en España sino, antes al contrario, la medicina constituye una rama de la salud pública.”²⁵

²⁴ *Ibíd.*, pp. 16-17.

²⁵ Navarro, Vicente, *op.cit.*, p.6.

Los problemas de seguridad pública como lo es la obesidad generan un alto impacto para la población. La obesidad se ha convertido en un problema emergente para el Estado mexicano. Las instituciones de seguridad social se han visto rebasadas ante la magnitud del problema. La infraestructura es insuficiente, falta de tecnología, medicamentos, personal de salud, repercutiendo en la calidad de la atención médica. Si a esto agregamos que muchos mexicanos no cuentan con seguridad social.

La salud pública tiene responsabilidades de asegurar el acceso y la calidad, también cumple tareas de prevención y promoción de la salud, con lo anterior podemos decir que la disciplina se encamina a la democratización de los servicios de salud para la población, pero también hace mucho énfasis en contextualizar las necesidades de cada grupo en lo particular.

Es importante mencionar que las capacidades de salud pública son muy dependientes del contexto en cuanto a lo que un país o una región específica necesita para responder adecuadamente a las necesidades de la población. Por ejemplo, ciertas regiones, como Centroamérica y el Caribe en particular, tienen que tener capacidades de salud pública que puedan prepararse y afrontar las consecuencias de huracanes, inundaciones y erupciones volcánicas.

Además, las necesidades de cada país deben contar con la flexibilidad para responder a las diferentes enfermedades que afectan a las poblaciones que viven en las zonas tropicales bajas (como la malaria y el dengue) frente a las regiones montañosas o áridas, y las regiones urbanas frente a las diferencias con las zonas rurales en cuanto a la concentración y la propagación de enfermedades.²⁶

²⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento*, p.19.

Figura 1: Las funciones esenciales de la salud pública (FESP)

FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de la salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Fuente: OPS/OMS, *la salud pública en las Américas*.

En la anterior figura, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaboró una lista donde se expresan las principales funciones, para así posteriormente medir su desempeño y tienen por objetivo mejorar las prácticas sociales en salud pública y fortalecer las capacidades del estado.

Dentro de la salud pública se puede observar la importancia de la Sociología en el campo de la salud, dado su carácter multidisciplinario, por lo anterior, en el siguiente capítulo ahondaremos en esta relación, que constituye uno de nuestros objetivos.

...la salud pública cada vez retoma más los campos de la medicina social y la epidemiología social en las inequidades en salud y el estudio de los determinantes sociales en salud; que son las circunstancias en las que las

personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que deben ser incluidas en las acciones del sistema de salud. Esas circunstancias provienen de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y dependen de las políticas generadas en esos tres niveles. Ejemplo, la exclusión social, estrés, infancia, trabajo, desempleo, apoyo social, adicción, alimentos, transporte.²⁷

²⁷ Salvador Moysén, Jaime; Sánchez Anguiano, Luis Francisco; Martínez López, Yolanda (Editores), *Investigación y educación en salud pública*, p.115.

2.2 Obesidad y Sociología

En la actualidad el tema de la obesidad se ha convertido en uno de los ejes más importantes dentro de las políticas públicas de México, esto es consecuencia de la cantidad de personas con obesidad en nuestro país, dado el problema tan grande. ¿Por qué la obesidad puede y debe ser analizada desde la Sociología?

Hay información bien documentada sobre la influencia genética-médica de la enfermedad, pero la misma definición general de la obesidad hace necesario explicar la influencia que tiene el entorno social como causa de esta pandemia que no sólo afecta a nuestro país. “La obesidad, problema de salud que afecta a la población, caracterizada por ser una enfermedad crónica, multifactorial, donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuye al desarrollo del padecimiento”²⁸.

Al hablar de multifactores, no puede excluirse el aspecto social, el problema de la obesidad trasciende la perspectiva biomédica y su explicación, ya no sólo abarca un aspecto sino que debe ser holístico. La anterior definición nos muestra el hecho de que la medicina, actualmente avanza sobre considerar la cuestión social en las problemáticas de la salud.

Un país donde la mayoría de su población presenta problemas de obesidad, se requiere de un análisis más riguroso, donde se analicen diferentes factores, sin olvidar la importancia de considerar el contexto específico de los diversos grupos con mayor índice de obesidad.

²⁸Dr. Amancio Chassin, Octavio; Dr. Ortigoza Ramírez, José Luis; Dra. Durante Montiel, Irene, *Obesidad*, dentro del Seminario: “El Ejercicio Actual de la Medicina” [en línea] Dirección URL:http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html [consultado el 8 de mayo de 2014].

El significado de la salud para el sociólogo Raul Rojas Soriano nos aclara lo dicho anteriormente: “es la capacidad que tiene el individuo para desarrollar todas sus potencialidades físicas, intelectuales, espirituales y artísticas, según su contexto sociocultural”²⁹.

La anterior definición pone énfasis en el contexto y pone a la salud desde una perspectiva más amplia, es decir, que si seguimos ese concepto probablemente las estadísticas de salud sean más graves. Siguiendo la definición, no existe mejora en la salud de los mexicanos y si analizamos, verbigracia, el área rural la situación aún es más alarmante, por esta razón es necesario incluir el contexto sociocultural.

Desde la sociología crítica se puede explicar el aumento de obesidad en la población mexicana. La salud está íntimamente relacionada con el sistema social imperante, que en este caso es el sistema capitalista. Dicho sistema ha sido incapaz de enfrentar los problemas socioeconómicos de la mayoría de la población que por lo contrario los ha ido acentuando, de esta manera su salud se ve repercutida de manera dramática, tal es el caso de la obesidad.

La situación reside en entender la salud como un proceso no como un estado, el cual está en constante cambio, de esta manera el proceso de salud enfermedad se hace de manera dialéctica, entendiendo que dicho proceso está determinado por las condiciones materiales de existencia de la sociedad, entendiendo que cada sociedad crea su propia patología, “...la salud-enfermedad es un proceso condicionado históricamente, es decir, adquiere determinadas características según la formación social concreta en que se presenta, que responden a las particularidades que asume el modo de producción capitalista en cierto momento histórico. Las relaciones sociales predominantes en la sociedad capitalista, que son relaciones de explotación de una clase por otra, configuran, por lo tanto las

²⁹ Rojas Soriano, Raúl, *Metodología en la calle, salud-enfermedad, política, cárcel, escuela...*, p. 159.

características de morbilidad así como las políticas de salud y la práctica médica.”³⁰

La enfermedad de la obesidad difiere en los distintos ámbitos socioeconómicos y culturales, es decir, las consecuencias son diferentes dependiendo la clase social a la cual se pertenece, “...esta situación diferente que tienen ambas clases sociales ante la enfermedad y la muerte es producto de las condiciones materiales de trabajo y de vida impuestas por las relaciones sociales de producción dominantes, que son, en esencia, relaciones de explotación. Estas permiten y alientan la obtención de la máxima ganancia a costa de la salud de los trabajadores y sus familias al limitarles, o negarles, los medios necesarios para su adecuado desarrollo físico que permita su reproducción como especie.”³¹

En este sentido, a la clase dueña del capital, poco le importa la salud de los trabajadores ya que sólo le importa la ganancia que genera éste, así podemos decir que la enfermedad depende de las condiciones impuestas por el modo de producción capitalista, en determinado momento histórico.

Mostrar que la obesidad puede explicarse desde la Sociología, deja claro que no es un problema individual como en muchos casos se observa, por lo tanto deben incluirse entidades como son: la industria alimentaria, los medios de comunicación, el Estado, entre otros, como responsables de esta epidemia. No podemos delegar la responsabilidad que tienen las instituciones y dejarla solamente a las personas en lo individual, esto tendría consecuencias negativas.

Si no observamos el panorama completo, las acciones que se generen para acabar con la enfermedad se verán truncadas y no se obtendrán resultados favorables. En las políticas públicas para hacer frente a la obesidad, muchas veces se habla de soluciones que recaen en lo individual, se busca mejorar

³⁰ *Ibidem.*, p. 31.

³¹ *Ibid.*, p.42.

hábitos tanto físicos como alimentarios en toda la población, pero los cambios de hábitos están ligados a la estructura social del individuo. “Hoy día, la epidemiología, al usar el término estilo de vida, lo reduce al enunciado individual de conductas de riesgo, excluyendo de sus análisis las condiciones materiales e ideológicas de la producción de enfermedades. Esto último es muy importante, puesto que en ello descansa la estrategia de la salud pública en México: las acciones de prevención y control del sobrepeso y obesidad están enfocados a la persona y a la modificación de su estilo de vida.”³²

Actualmente existe demasiada información acerca de la obesidad, tanto en los medios impresos como en los medios audiovisuales, ahora con el uso del internet la gente busca soluciones fáciles y prácticas, sin lograr verdaderos cambios. En algunos casos la obesidad se observa como un problema personal, donde las personas descuidan su salud intencionalmente. “El sobrepeso y la obesidad son condiciones que, como otras, reflejan las desigualdades sociales y de género en la sociedad moderna, y la promoción de la adopción de estilos de vida saludables, base de la política sanitaria para combatirlos, no es una elección libre para los hombres y mujeres de los estratos socioeconómicos más débiles, toda vez que las influencias de su grupo de referencia, las circunstancias socioeconómicas y el conocimiento disponible empujan a las personas a hacer ciertas elecciones y a desestimar otras.”³³

Los diferentes estilos de vida que tiene cada país también, son causa del entorno en que se desarrollan, es decir, el nivel socioeconómico, la familia, la cultura, entre otros. El ambiente que viven los países que sufren los altos índices de obesidad es paradójico. A lo largo de la historia la obesidad ha cambiado sus características, hace unas décadas este problema era dramático sólo para los países industrializados, dejando la desnutrición para los países en desarrollo, pero

³² Cruz Sánchez, Marcelina, *et al.*, “Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología”, *Región y Sociedad*, núm. 57, vol. XXV, p. 183.

³³ *Ibíd.*, pp. 166-167.

eso se ha transformado, la obesidad prevalece en los diferentes niveles socioeconómicos asentándose en las familias con menores ingresos, al menos este es el caso de nuestro país.

La lógica nos diría que entre menos recursos económicos menos disponibilidad de alimentos lo que es igual a desnutrición, esta paradoja que relaciona la pobreza con la obesidad, sugiere una explicación que ayude a entender este rápido incremento de obesidad y sobrepeso en este sector socioeconómico en particular.

Los alimentos que consumen pueden ser pocos pero de alta densidad calórica, al optimizar sus recursos eligen alimentos baratos que por lo regular son aquellos perjudiciales a su organismo. Actualmente es más barato consumir energía en comparación de décadas pasadas. La selección y disposición de alimentos para ese sector socioeconómico es reducido, lo que supone una escasa capacidad de elegir los alimentos, por lo que el estilo de vida no es una elección individual. “Este cambio lleva a una reconceptualización del estilo de vida como cualidad colectiva, por el hecho de que los individuos no están solos creando y reconstruyendo la estructura social a través de sus prácticas (Frohlich et al. 2001). Lo anterior permite analizar y comprender el fenómeno del sobrepeso y la obesidad en un marco contextualizado del malestar o, dicho de otro modo, cómo el contexto social puede influir en los patrones de salud o de enfermedad, de sobrepeso y obesidad.”³⁴

La teoría del habitus del sociólogo francés Pierre Bourdieu, puede ayudarnos a entender la formación de estilos de vida al explicar que el gusto, es decir cómo es que el individuo adopta elecciones supuestamente de carácter voluntario, está influenciado por el contexto social, por lo tanto el gusto es una cuestión social. “...respecto al sobrepeso y la obesidad, permite decir que las personas desarrollan sus gustos por lo que está a su alcance (no sólo por la cercanía sino también por

³⁴ *Ibíd.* p. 184.

su poder adquisitivo, aunque los productos de consumo no sean los más recomendables), y que éstos se convierten después en una necesidad (por ejemplo, acompañar la comida con refrescos embotellados o inhibir la sed con ellos). De la teoría de Bourdieu se desprende que la interrelación entre posición social, habitus y gustos tiende a producir orientaciones y estilos de vida corporales relativamente estables, en los que se puede incluir a las actitudes y orientaciones hacia la salud.”³⁵

Los gustos reflejan también su posición de clase, por lo que el consumo de alimentos está en relación por el gusto (que esta mediado por el habitus) y por los ingresos. Manifestando que los gustos son causa y consecuencias de las desigualdades sociales.

Si el sobrepeso y la obesidad, tienen causas y consecuencias de carácter social, aclara la necesidad de incluir análisis sociales entorno algunos de los problemas relacionados con la salud.

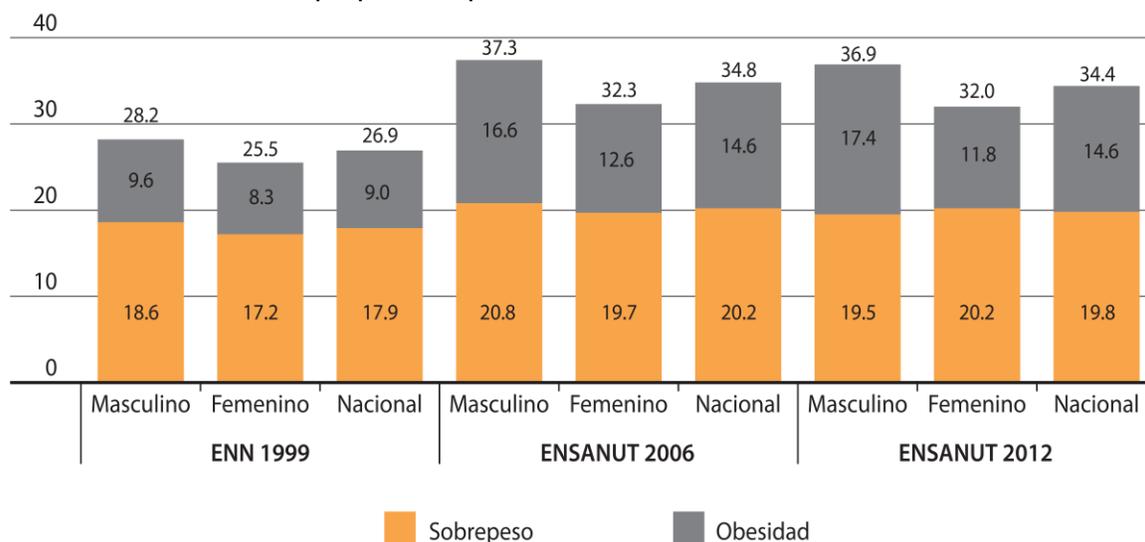
³⁵ *Ibíd.*, p. 188

CAPÍTULO 3. IMPACTO SOCIAL DE LA OBESIDAD INFANTIL EN MÉXICO

3.1 Datos sobre la obesidad infantil en México

En el año 2010 México ocupó el primer lugar mundial de obesidad infantil, por tal motivo se hace necesario observar algunos datos relevantes sobre el problema en cuestión, el aumento de la obesidad en las últimas décadas es sorprendente, esta situación es agravada por la crisis económica actual.

Gráfica 2. Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad, de la ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por sexo, de acuerdo con los criterios propuestos por la OMS.



Fuente: ENSANUT 2012

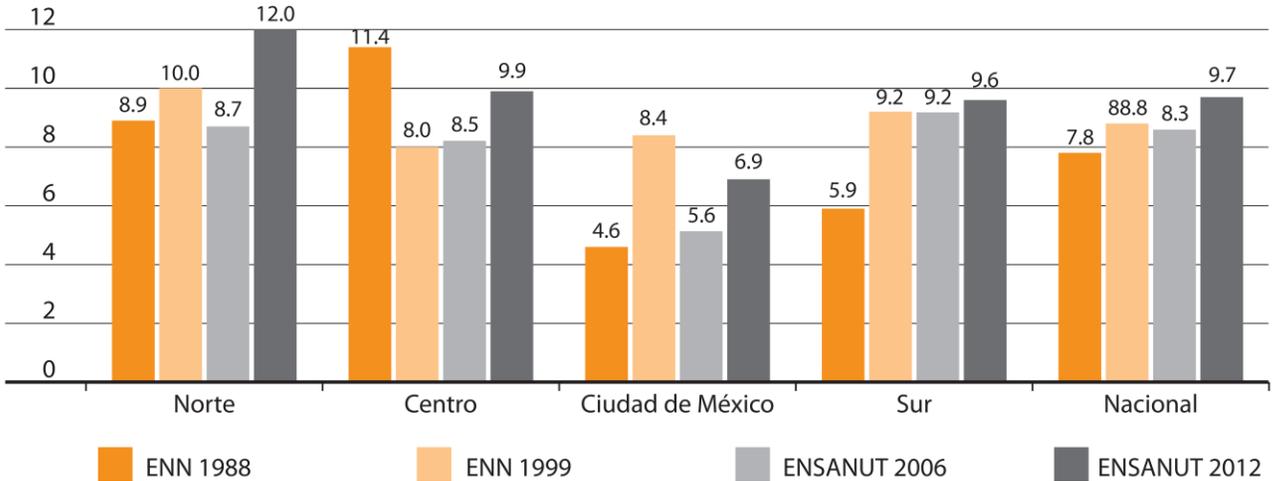
Las encuestas nacionales de salud y nutrición, de los años 1999 y 2006 demuestran que la prevalencia combinada tanto de sobrepeso como de obesidad en niños en edad escolar, es decir de entre 5 y 11 años aumentó de 26.9 por ciento en 1999 a 34,8 por ciento en 2006, es decir, a razón de 1.1 porcentual por año. A pesar de que existe una reducción mínima del año 2006 al 2012, en el sobrepeso y obesidad en la edad escolar, la cifra continúa siendo

inaceptablemente alta, dadas las consecuencias tan graves para la salud que conduce el exceso de peso.

Esta situación representa alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en México, lo que representa que 1 de cada 3 niños en edad escolar, tienen peso excesivo. La situación con los adolescentes es similar, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Es decir, que en 2012 las personas de entre 5 y 19 años a nivel nacional, que presentaron peso excesivo fue de 11 990 001.

En la prevalencia combinada entre las niñas es menor en comparación con la de los hombres en las 3 encuestas observadas en la gráfica anterior, e incluso si lo vemos por separado, sólo la última encuesta señala que las niñas tienen casi un punto porcentual arriba de los niños en el sector de obesidad.

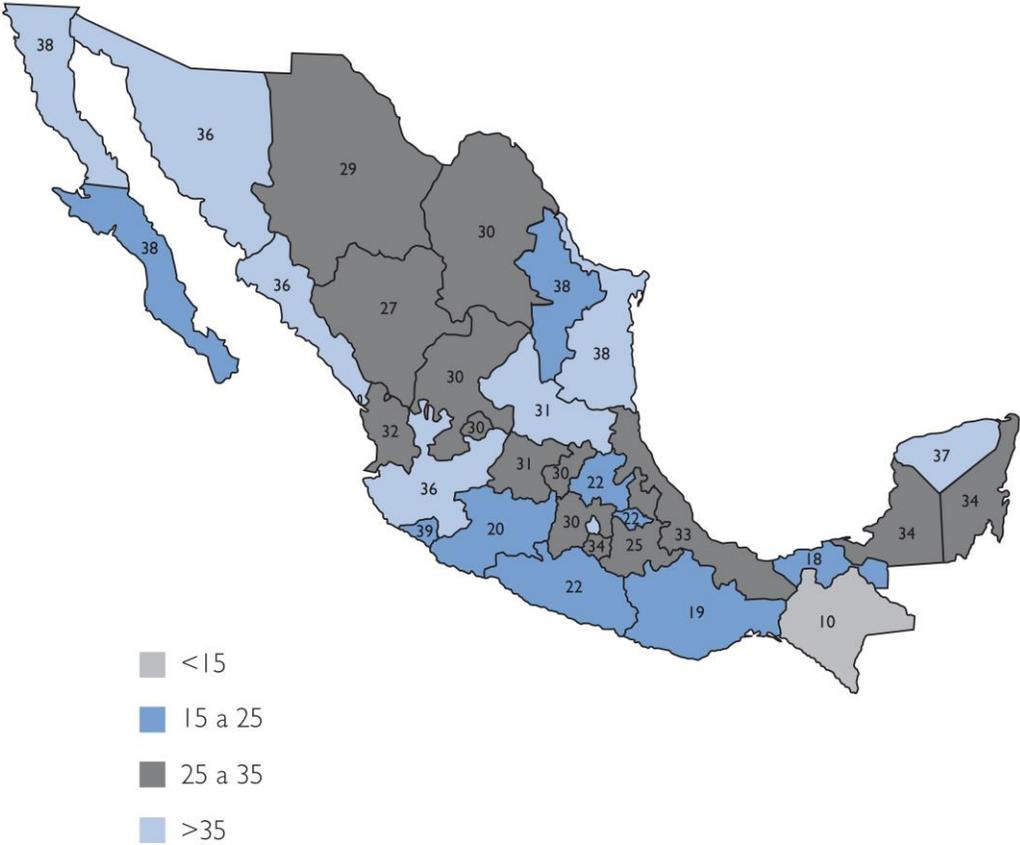
Gráfica 3. Prevalencia nacional de sobrepeso más obesidad en menores de cinco años de la ENN 88, ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 por región de residencia. México, ENSANUT 2012



Fuente: ENSANUT 2012

Los menores de 5 años presentan un ligero ascenso a nivel nacional del año 1998 que se registró 7.8% al año 2012 con 9,7% de niños con peso excesivo, lo que representa sólo 2% de aumento en 14 años. La zona norte del país es la que presenta un aumento más significativo 2.3% por encima del promedio nacional. Aunque el aumento sea mínimo, estas cifras no debieran aumentar por el contrario disminuir, de esta manera se deben tomar medidas, ya que probablemente estas cifras continúen en ascenso.

Mapa 1. Entidades con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de primaria. México, ENSE 2008



Fuente: Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008

Los estados con mayor porcentaje de obesidad y sobrepeso, se encuentran en algunos estados con ciudades industrializadas como son Jalisco y el Distrito Federal, además de Yucatán, Tamaulipas, Sonora, Sinaloa, Baja California y San

Luis Potosí. El estado de Chiapas es donde se presenta el menor porcentaje de peso excesivo en escolares, aunque también existen problemas nutricionales pero, son en relación con la desnutrición.

Los anteriores datos nos revelan la situación tan alarmante que existe actualmente en nuestro país, desde cualquier punto de vista, esta epidemia parece incontrolable y merece un estrategia seria para afrontarla.

“Las complejas relaciones causales que dan origen a la obesidad requieren de igualmente de una respuesta compleja coordinada por el Estado, con un abordaje transectorial y multidisciplinario, basado en la mejor evidencia científica y que se traduzca en beneficios para la población”³⁶.

³⁶ Rivera, Juan Ángel, *et al.*, “Obesidad en México recomendaciones para una política de Estado. Trabajo de postura” en *Obesidad en México recomendaciones para una política de Estado*, p. 13.

3.2 Impactos sociales de la obesidad infantil en México

El problema de la obesidad lamentablemente afecta a la mayoría de nuestra población, esto no sólo perturba a las personas adultas, sino que trasciende a los niños y jóvenes, y como lo hemos venido señalando la obesidad no sólo es un problema médico si no multifactorial, teniendo numerosos impactos en la sociedad. Entendiendo que dicha enfermedad trasciende el ámbito médico y por lo tanto, sus consecuencias no sólo son físicas, en esta sección analizaremos los impactos que ha generado la obesidad infantil en el ámbito social.

Los costos tanto directos como indirectos que ha tenido la obesidad, son elevados. Uno de los impactos sociales de la obesidad, es el cambio en la dieta de los mexicanos. Si entendemos el derecho social a la alimentación, como el acceso a una alimentación adecuada y los medios para obtenerla, que se traduce en una nutrición balanceada permitiendo una calidad de vida óptima, recordemos que este derecho está inscrito en nuestra Constitución. Según la FAO “hay seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana.”³⁷

La principal causa que impide a la sociedad mexicana obtener una adecuada dieta sería la falta de ingresos. Existe un deterioro del poder de compra de los hogares en los últimos años, la situación es la siguiente: “La pobreza alimentaria afecta a 18.2% de la población en 2008 y la proporción de la población por debajo del nivel mínimo de proteínas es de 2.1% y a 1.2% todavía no se alcanzan”³⁸. Este problema no sólo tiene efectos en lo físico sino en lo cultural pues juega un papel importante. “Las dietas no sólo comprenden la ingesta de alimentos, sino que

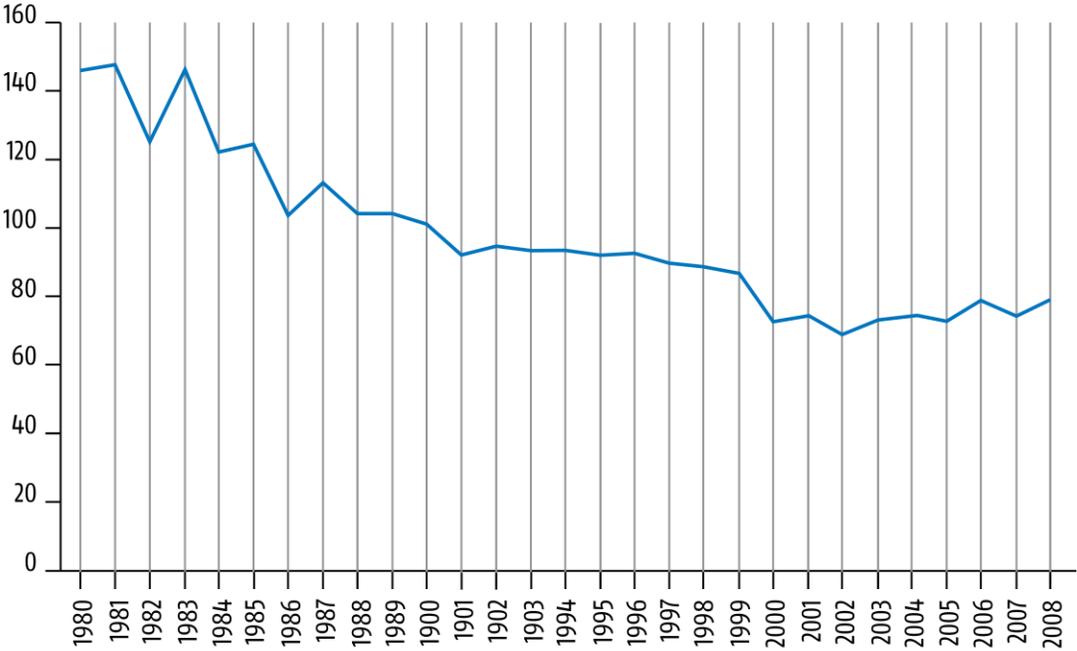
³⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto*, p. 13.

³⁸ *Ibíd.*, p. 9.

expresan relaciones sociales y hacen patentes actos profundamente cargados de simbolismo cultural”³⁹. La alimentación es una necesidad básica, pero no sólo es eso, también es un hecho simbólico que determina costumbres a la hora de hacerlo.

Los cambios en la dieta del mexicano han sido diversos, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), revelan que en las últimas décadas ha disminuido el consumo de frutas, verduras, lácteos, carnes, tortillas y otros productos elaborados con cereales de grano entero, y ha aumentado el consumo de bebidas azucaradas (refrescos) y alimentos elaborados con carbohidratos refinados.

Tortilla Consumo Nacional Aparente *per cápita* (kg); 1980-2008



Fuente: Pedro García Urigüen, con datos de SAGARPA, INEGI, Secretaría de Economía, Banco de México.

³⁹ García Urigüen, Pedro, *La alimentación de los mexicanos. Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios*, p. 16.

Productos esenciales como el maíz han sido remplazados, lo que significa un abandono a costumbres y hábitos en nuestra población. Hay un abandono en la dieta tradicional ante la entrada masiva de alimentos industrializados, inclusive en el medio rural. Nuestra cocina fue declarada patrimonio inmaterial de la humanidad por la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), dada la variedad y la historia que esta atrás de esta, el fin es conservar y respetar nuestras tradiciones, asegurando su transmisión generacional.

Sin embargo la industrialización ha ocasionado cambios en el estilo de vida que repercute en la cultural alimentaria, la carga de trabajo es mayor y por esta razón hay menos tiempo para la preparación de alimentos y actualmente existe un aumento indiscriminado de restaurantes de comida rápida. “La comida rápida se caracteriza por gran cantidad de aceites y su sazón se percibe artificial e intenso; sin embargo, su consumo crece porque hay establecimientos cercanos al trabajo y representa una tendencia individualista.”⁴⁰ Esto se observa en mayor grado en el medio urbano, donde se ha hecho frecuente adquirir alimentos fuera del hogar, ya sea fondas, restaurantes u otros, esto se traduce en la pérdida de la costumbre de preparar alimentos en casa. Se ha facilitado la disponibilidad de alimentos procesados, pero falta facilitar el acceso a los alimentos frescos lo que ocasiona un golpe a nuestra cultura y a nuestra economía.

Cada vez más prevalece la tendencia a que los integrantes de la familia coman por separado, la situación de poder compartir la comida con la familia y hacer un ritual especial a la hora de comer, no sólo mejora los hábitos alimentarios sino que también genera vínculos más estrechos, dicha convivencia se ha ido perdiendo por el ritmo de vida tan acelerado en que se vive. Decíamos la alimentación trasciende su dimensión biológica.

⁴⁰ *Ibíd.*, p 118.

Tener una seguridad alimentaria en el país es una necesidad de suma importancia. Se trata de fomentar la producción agropecuaria con el fin de lograr la autosuficiencia en los productos que el país puede generar, creando alimentos sanos y de buena calidad.

Por otra parte, es muy importante señalar que lamentablemente México, es uno de los principales consumidores mundiales de refrescos y bebidas endulzadas.

Según los resultados de las encuestas nacionales de salud de 1999 a 2006, el número de hogares que consumen refrescos embotellados aumentó de 48% a 60% durante dicho período. Más aún, la Encuesta de Salud en Escolares 2008 colocó a los refrescos entre los cinco productos más consumidos en las escuelas primarias y secundarias públicas del país. Por otro lado, los resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México revelaron que, según lo declarado por los niños, solamente 28.1% de su consumo total de líquidos corresponde a agua o infusiones sin cafeína ni azúcar, contra 44% correspondiente a bebidas de alto valor calórico, tales como líquidos azucarados con y sin gas (refrescos), aguas de sabores, bebidas endulzadas con sabor a fruta y néctares. Adicionalmente, se han registrado cambios importantes en la compra de algunos alimentos. Comparando el gasto de 1984 y 1998, se observó una disminución de la adquisición de frutas y verduras en 29.3%, de leche 26.7% y de carnes en 18.8% y un aumento en la compra de hidratos de carbono refinados que ascendió en 6.3%, así como el gasto en bebidas azucaradas, el cual aumentó en 37.2%.⁴¹

Lo podemos entender mejor de la siguiente manera: “México tiene un consumo per cápita anual de 82 L de leche, contra 150 L de refresco; lo que justifica la existencia de más de 230 plantas embotelladoras en el país que atienden más de

⁴¹ Rivera, Juan Ángel, *et al.*, *op. cit.*, p. 13.

un millón de puntos de venta⁴². Es decir, cada mexicano consume en promedio 82 litros de leche y 150 litros de refresco anualmente.

La población mexicana actualmente presenta un desequilibrio energético positivo, es decir consume más de lo que gasta. Se sustituyen alimentos naturales, que en su mayoría se preparaban en el hogar por alimentos procesados, logrando lo que algunos autores llaman *sociedad de hiperconsumo*.

La alimentación. En la sociedad de hiperconsumo se desarrolla un proceso de sustitución de los alimentos naturales y de los preparados en el hogar por alimentos altamente procesados en las industrias (productos con marca e imagen publicitaria). Estos se han impuesto en el consumo habitual y generalmente presentan altas concentraciones de azúcar, sal y sodio. Se sabe que las combinaciones de estos ingredientes debilitan la sensación de saciedad y provocan comer de más (activan los circuitos del placer que desplazan el consumo de alimentos naturales y generan hábitos de consumo que llegan a señalarse como adictivos)⁴³

La siguiente tabla muestra sólo las recomendaciones promedio de energía en niños, esto significa que las calorías ingeridas dependen de otros factores tales como la actividad diaria, el estilo de vida, pero al observar algunas Investigaciones del Instituto Nacional de Salud Pública donde indican “que en el recreo los niños se llevan al organismo entre 400 y 500 calorías provenientes de comida chatarra y que hay quienes incluso ingieren 800”⁴⁴, sabemos que sólo en el recreo ingieren un 40% (o inclusive más) de las calorías diarias recomendadas.

⁴² Barrientos-Pérez Margarita y Flores-Huerta Samuel, “¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, p. 645.

⁴³ Calvillo Unna, Alejandro, *El acceso a la información en la sociedad del consumo: de la comida chatarra a los productos milagro*, p.10.

⁴⁴Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) [en línea], Dirección URL: <http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/144-ingieren-ninos-en-recreo-40-de-calorias-diarias-recomendadas.html> [consulta: 11 de febrero de 2015].

Tabla 1. Recomendaciones de Energía en Niños

NIÑAS				NIÑOS			
Requirimientos de Energía				Requirimientos de Energía			
Edad	Peso (kg)	kilocalorías por día	kilocalorías por kilo al día	Edad	Peso (kg)	kilocalorías por día	kilocalorías por kilo al día
6 – 7	20.6	1,428	69.3	6 - 7	21.7	1,573	72.5
7 – 8	23.3	1,554	66.7	7 - 8	24.0	1,692	70.5
8 – 9	26.6	1,698	63.8	8 - 9	26.7	1,830	68.5
9 – 10	30.5	1,854	60.8	9 - 10	29.7	1,978	66.6
10 – 11	34.7	2,006	57.8	10 - 11	33.3	2,150	64.6

Fuente: Bourges H., Casanueva E., Rosado J. “ Recomendaciones de Ingestión de Nutrientes para la Población Mexicana” Bases Fisiológicas, Tomo 2; Editorial Panamericana; México, 2008

Hablamos de cambios radicales en la cultura de la alimentación, donde interfieren los medios de comunicación, particularmente la publicidad. Un estudio realizado en la Ciudad de México con respecto a la publicidad infantil, aprobado por el Consejo Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud, surgieron los siguientes resultados “...demostró que en la TV gratuita de la Ciudad de México, el tiempo dedicado a publicidad durante los programas infantiles es mayor comparado con el tiempo que se dedica a los programas dirigidos a la audiencia general. A los niños se les presentan más anuncios de alimentos, particularmente bebidas azucaradas, dulces y cereales con azúcar añadida, los cuales tienen mayor contenido de

calorías, grasa, carbohidratos y azúcar. Además, en los comerciales de alimentos transmitidos durante los programas infantiles se utilizan con mayor frecuencia estrategias publicitarias como asociar el producto con emociones positivas y con promociones”⁴⁵.

También, un reporte hecho en 2008 por la Secretaría de Salud y Asistencia mencionó que “un niño mexicano ve en promedio 61 anuncios al día, es decir, 22 mil 265 mensajes al año, de los cuales el 42 % está relacionado con el consumo de alimentos que favorecen la obesidad”.⁴⁶

Esta invasión audiovisual de propaganda propicia un aumento significativo en la demanda de productos que nada favorecen a la salud de la infancia, por el contrario la perjudican, así lo demuestra el sondeo en línea, sobre consumo de alimentos en la población infantil realizado en 2009 por la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), que reveló los siguientes datos: “más de la mitad (59%) de los padres de familia dijo que les dan a sus hijos \$11 en promedio para comprar productos en la escuela, 74% mencionó que su hijo compra principalmente alimentos bajos en nutrientes: golosinas (55%), bebidas procesadas (52%) y frituras (48%).”⁴⁷

Esto sólo es un muestra de lo qué pasa en nuestro país, los niños están expuestos a una crecida publicidad alimentaria, cuyos alimentos son perjudiciales a su organismo. Se necesitan medidas urgentes que logren un impacto real a su salud, es decir, que se observen cambios en su estilo de vida.

La información nutrimental de los productos es poca y engañosa, en este sentido nuestro derecho a la información como consumidores queda inhabilitado, lo único

⁴⁵ Pérez-Salgado, Diana; Rivera-Márquez, José Alberto; Ortiz-Hernández, Luis, “Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?” *Salud Pública de México*, no. 2, vol. 52, p. 125-126.

⁴⁶ Ortega-Cortés, Rosa, “Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, p. 9.

⁴⁷ Beade Ruelas, Alma “Desayuno infantil: Nutrirse no es lo mismo que comer”, *Boletín electrónico Brújula de compra*.

que sabemos de los productos consumidos, es lo que su publicidad nos dice. El etiquetado es difícil de entender al no estar diseñado para una rápida comprensión. "...la publicidad de alimentos chatarra comete violaciones a dos de los derechos de los menores: la salud, ya que contribuye al deterioro de sus hábitos alimentarios, y la información fidedigna, dado que se los engaña. La propia OMS, en la Estrategia Global sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, señala que este tipo de publicidad <se aprovecha de la credulidad e inexperiencia de los niños>. En sentido estricto, la OMS señala que se abusa de ellos."⁴⁸

Sabemos que la causa de la obesidad no sólo es la ingesta de energía sino también el gasto de la misma. Existen diversos factores por los cuales los infantes no realizan actividades físicas adecuadas una de ellas es la situación laboral actual, la cual ha repercutido en el ámbito de la salud, específicamente para el problema de la obesidad infantil, "cada día más mujeres se incorporan al ámbito laboral; sin embargo, los hombres (parejas de esas mujeres) no regresan al ámbito doméstico a cubrir las "vacantes" que las mujeres dejan en sus hogares. Esto provoca que, en el mejor de los casos, los hijos sean atendidos por terceras personas y que la calidad de esas atenciones no sea la más adecuada; o que, en el peor de los casos, nadie se encargue de ellos y solamente sean monitoreados por medio del teléfono o algún otro medio de comunicación, lo que se ve reflejado en que los hijos adquieran malos hábitos, tanto de alimentación como de activación física⁴⁹."

Las familias se organizan de manera distinta y esto provoca cambios en los hábitos, por eso reiteramos que el problema de la obesidad no es un problema únicamente de alimentación o mala alimentación sino donde también intervienen factores culturales.

⁴⁸ Calvillo Unna, Alejandro, *op. cit.*, p. 35.

⁴⁹ Martínez-Munguía, Carlos y Navarro-Contreras, Gabriela, "Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, p. 96.

Por otra parte, tanto la urbanización como la tecnología son factores que influyen en la obesidad infantil y han propiciado un sedentarismo más radical. Esta situación propone un cambio cultural, donde las nuevas formas de comunicación y de trabajo, evitan desplazamientos, lo que significa un menor esfuerzo físico. “La Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI) calcula que los usuarios mexicanos permanecen conectados en promedio alrededor de 3 horas 21 minutos diariamente y se prevé que este tiempo aumente en el futuro”⁵⁰. También la ENSANUT 2012 estima que el 58% de los niños y adolescentes, no refieren haber realizado una actividad física organizada, es decir, practicar deportes donde exista una actividad cotidiana.

Con lo anterior se viola uno de los derechos esenciales de la niñez, como lo es, el derecho al juego. La Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña, en su artículo 31 especifica que:

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.*
- 2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.*⁵¹

Practicar alguna actividad física de manera habitual es decisivo para su desarrollo físico, mental y social. En el caso de la niñez, la escuela representa una oportunidad para fomentar cambios de comportamientos, especialmente, promocionar la importancia de la actividad física, pero esto se hace imposible al observar la infraestructura escolar.

⁵⁰ García Urigüen, Pedro *op. cit.*, p .290.

⁵¹ Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña [en línea], Dirección URL: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm> [consulta: 5 de febrero de 2015].

Unas de las grandes carencias de la educación en México, es la falta de espacios para el número de estudiantes inscritos en las escuelas.

Por lo anterior, es imperioso facilitar el acceso a la actividad física, apoyar en los diversos ámbitos (escolar, laboral) y para esto, es necesario crear espacios adecuados para su práctica. Fomentar nuevos estilos de vida activos, alejados del sedentarismo.

La obesidad también tiene consecuencias que están relacionadas con la estigmatización del cuerpo, al peso corporal propiamente. Ahora la sociedad, específicamente los medios de comunicación hablan mucho acerca del bullying (nada menos que acoso escolar) y la inmensa relación que tiene con la enfermedad. Las personas al enfrentar diversas formas de estigmatización, tienden a padecer baja autoestima, aislamiento social, quienes son estereotipados de forma negativa.

Estos individuos refieren experiencias dolorosas, incluyendo las críticas directas y suelen ser víctimas de comentarios no tan directos pero también directos. Los hombres refieren más estigmatización abierta, mientras que las mujeres refieren mayor estigmatización encubierta, lo que puede provocar mayores dificultades sociales con ellas... Las consecuencias económicas adversas que enfrentan las personas con obesidad se deben a prácticas de empleo discriminatorias y a la falta de oportunidades educativas⁵².

Los niños al generar estereotipos negativos de las personas obesas, atribuyen características peyorativas sólo por la imagen. Esto tiene que ver con la manera

⁵² Unikel, Claudia; Vazquez, Veronica; Kaufer-Horwitz, Martha “Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad” en *Obesidad en México recomendaciones para una política de Estado*, p. 189.

en que culturalmente nos hemos construido, asociando la belleza a la delgadez, a pesar de que anteriormente esto era precisamente lo contrario, la cultura cambia.

Los niños, desde edades muy tempranas, atribuyen características negativas relacionadas con el peso corporal o la apariencia. En estudios realizados desde los años setenta del siglo XX, donde se utilizaron siluetas de niños delgados, normales y obesos, los atributos que los niños utilizan para referirse a estos últimos son: flojo, sucio, tonto, feo, mentirosa, y tramposo.”⁵³

Por otra parte, con el problema de la obesidad hubo un aumento significativo de la demanda de los servicios de salud, poniendo en crisis al sistema de salud pública. Los impactos de la obesidad también repercuten en el desarrollo económico del país, por un lado, existe un elevado costo por la atención de las enfermedades relacionadas con la obesidad, utilizando recursos que podrían utilizarse en el combate a la pobreza, o algún otro sector que beneficie al desarrollo social de la población.

Los efectos económicos de la obesidad han sido estimados por investigadores de la Unidad de Análisis Económico (UAE) de la Secretaría de Salud. Se analizó el costo en dos de sus externalidades negativas: el costo directo anual en atención médica para el sistema público de salud de 14 complicaciones derivadas de cuatro grupos de enfermedades vinculadas con la obesidad – diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y osteoartritis- que para 2008 se estimó en 42 000 millones de pesos bajo un escenario base de 13% del gasto total en salud en ese año. La externalidad financiera medida a través del costo indirecto por pérdida de productividad se estimó para 2008 en 25 000 millones de pesos. La suma total estimada de los costos directos e indirectos para 2008 fue de 67 000 millones de pesos. En 2017 se estima que el costo directo fluctúe

⁵³ *Ibíd.*, p, 196.

entre 78 000 millones y 101 000 millones de pesos de 2008 y el indirecto podría fluctuar entre 73 000 millones y 101 000 millones de pesos de 2017, si las medidas adoptadas actualmente por el gobierno no surtieran impacto significativo.⁵⁴

La estimación para el año 2008 se volvió realidad para el año 2012. “En México, la Secretaría de Salud informó en 2012 que el país invierte en la atención de la obesidad y sus complicaciones 42 mil millones de pesos anuales y las pérdidas por productividad, por su parte, ascienden a 25 mil millones que pagan directamente los contribuyentes.”⁵⁵ En suma, los costos económicos para el año 2012 fueron de 67 mil millones de pesos.

“Un estudio realizado por el Hospital Infantil de México en 2006 desarrolló una cohorte hipotética de 15 487 852 niños entre 5 y 11 años de edad y creó un modelo predictivo matemático con base en prevalencias actuales, a fin de estimar la carga económica y en salud de la obesidad en niños mexicanos durante los años 2006-2050. Los resultados de ese estudio fueron que en 2015 se presentarían los primeros casos de diabetes mellitus 2 y de hipertensión arterial (actualmente esto ya está sucediendo). Cuando el primer grupo de niños cumpla 40 años de edad, aumentarán considerablemente las complicaciones de la obesidad. Para 2050, 67.3 % de la cohorte tendrá obesidad y el costo de la atención de la obesidad será de 57 mil 678 millones de pesos”⁵⁶.

Para el año 2050 los costos directos serán casi equivalentes a lo que en el año 2012 se generó de la suma de los costos directos e indirectos, esta cantidad es mucho mayor a la inversión requerida para implementar programas y políticas públicas orientadas a la prevención. Según un estudio de la OCDE, “la mayoría de los programas de prevención en México costarían menos de 3 mil 500 millones de

⁵⁴ Rivera, Juan Ángel, *et al.*, *op. cit.*, p. 13.

⁵⁵ Ortega-Cortés, Rosa, *op. cit.*, p. 10.

⁵⁶ *Ibíd.*

pesos cada año y los gastos derivados de las enfermedades crónicas recortarían unos 3 mil 900 millones de pesos por año...”⁵⁷

El impacto social probablemente más alarmante, es que la enfermedad de la obesidad puede llegar a ser mortífera, se sabe que la obesidad está relacionada con otras enfermedades con alto índice de mortalidad, como son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)⁵⁸ algunas de estas son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes.

Así, en nuestro país es posible detectar tanto enfermedades de naturaleza infecto-contagiosa como enfermedades no transmisibles. En el grupo de éstas últimas, destacan por su importancia y frecuencia el sobrepeso y la obesidad y, como consecuencia de éstas, la diabetes mellitus tipo 2. Males que paulatinamente se han convertido en el principal problema de salud en el país, no sólo para el sistema de salud del país sino para la calidad de vida de todos los mexicanos.⁵⁹

Un informe de la OCDE señala que “los programas de prevención podrían evitar anualmente 47 mil muertes en México y agrega que un programa de asesoramiento a las personas obesas por parte de los médicos daría lugar a una ganancia anual de más de 150 mil años de vida con buena salud”⁶⁰. Hablamos de

⁵⁷ *Ídem.*

⁵⁸ Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. Organización Mundial de la Salud (OMS) [en línea] Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> [consultado el 10 de junio de 2014].

⁵⁹ Secretaría de Salud, *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*, [en línea], p. 11, México, 2013, Dirección URL: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf [consultado el 31 de mayo de 2014].

⁶⁰ Ortega-Cortés, Rosa, *op. cit.*, p. 10.

consecuencias en la calidad de vida, que si esto no se resuelve habrá gente que pasará la mayor parte de su vida combatiendo enfermedades.

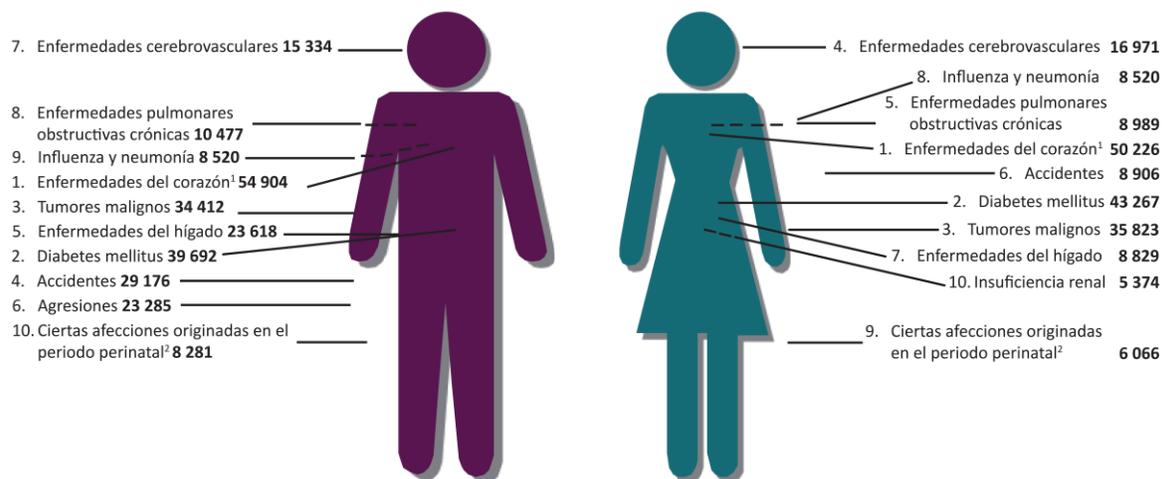
Los niños con sobrepeso u obesidad tienen un mayor riesgo de sufrir ECNT en la vida adulta.

La obesidad se ha sido asociada con el aumento de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, siendo estas, la primera causa de muerte en el país, los datos de la ENSANUT 2012 mostró que 6.4 millones de adultos mexicanos padecen diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en México. Aunque esta cifra podría ser el doble, de acuerdo a que existe un porcentaje alto de personas que no conocen su condición.

Un análisis de la transición epidemiológica en México encontró que las enfermedades no transmisibles causaron 75% del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos. Las principales causas de muerte fueron enfermedad isquémica del corazón (EIC), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad cerebrovascular, y cirrosis hepática. El porcentaje de mortalidad atribuible a DM2 e Hipertensión Arterial (HTA) fue mayor a 17% del total de las enfermedades no transmisibles en México durante 2006, las cuales tienen una importante asociación con la obesidad.⁶¹

⁶¹ *Ibíd.*, p.20

Gráfica 4. Principales causas de defunción de mujeres y hombres 2010.



¹Se excluye paro cardíaco.

²Incluye tétanos neonatal.

Fuente: INEGI. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad.

La situación es diferente para cada grupo de edad que se analice en el 2010, según el INEGI, las dos principales causas de muerte por grupo de edad fueron:

- **De 65 años y más: enfermedades del corazón y diabetes mellitus.**
- **De 45 a 64 años: diabetes mellitus y tumores malignos.**
- De 25 a 44 años: agresiones y accidentes.
- De 15 a 24 años: accidentes y agresiones.
- De 5 a 14 años: accidentes y tumores malignos.
- De 1 a 4 años: accidentes y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- Menores de 1 año: afecciones originadas en el periodo perinatal, así como malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Aunque las cifras de mortalidad infantil por obesidad no son elevadas, preocupa que esto vaya en aumento. Esta situación recae principalmente en las personas en edad adulta, pero sí sabemos que la probabilidad de que los hijos padezcan obesidad, es mayor cuando los padres la padecen y que los niños obesos, tienden a continuar con la enfermedad durante el resto de su vida, los datos resultan alarmantes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La política económica puesta en práctica desde la década de los años 80 ha repercutido en todos los niveles de la sociedad mexicana, los problemas de salud en la niñez sólo es un ejemplo de ello. Hay retrocesos en la calidad de vida para la mayoría de los mexicanos y particularmente para la niñez. En el discurso oficial se les considera grupo vulnerables, lo que para algunos autores serán más bien grupos explotados.

Por un lado, hay avances favorables en materia jurídica para la niñez, pero no hay avances que se traduzcan en una mejor calidad de vida, la infancia en el contexto actual sigue en una situación de precariedad. Si decimos que poco más del 30% de la población mexicana es menor de 18 años, observamos que es un sector grande al que urge atender

Lo anterior se debe, entre otras cosas, por el desconocimiento de sus propios derechos, la niñez ignora cuales son estos y de esta manera se facilita la violación de los mismos. La población en general desconoce La Convención sobre los Derechos del Niño, su difusión es prácticamente inexistente.

El problema de la obesidad se ha ido desarrollando desde hace algunas décadas, lamentablemente va alcanzando proporciones epidémicas, hasta lograr ser el país número uno en obesidad infantil. Sabemos lo complejo que resultaran los desafíos para poder afrontar esta epidemia. Dado que este problema es multifactorial, cuya solución también deberá ser integral, con una participación coordinada de los diferentes sectores de la sociedad. Dada la complejidad del problema, resulta inadmisibile la propaganda que hace suponer soluciones milagrosas para la obesidad, haciendo creer a la población que el problema es individual y de fácil solución. Además la publicidad engañosa dirigida a la infancia viola derechos fundamentales como son el de la salud y el derecho a la información.

Analizamos los impactos que ha generado la obesidad y nos damos cuenta que son muy altos, tanto en el ámbito económico como en el cultural, por lo que en las políticas orientadas a reducir el sobrepeso y la obesidad, debe incluirse el aspecto social (no sólo el ámbito médico-nutricional, esto es importante pero no suficiente), tomando en cuenta las características socioculturales de los diferentes grupos poblacionales.

Los medios de comunicación tienen un papel fundamental para revertir y prevenir la obesidad infantil, por esta razón se hace el llamado a ofrecer opciones que beneficien a la mayoría de la población y no opciones que sólo generen ganancias millonarias a costa del detrimento de la población.

Sabemos que esto no es fácil, por esta razón, no podemos olvidar la responsabilidad que tiene el Estado constitucionalmente de proteger la salud de los mexicanos y sobre todo de la niñez, esto implica poner un alto a todos los sectores que han generado ganancias económicas exorbitantes durante mucho tiempo y que son causantes del crecimiento del sobrepeso y obesidad en nuestro país. Los costos que genera la obesidad en salud pública lo pagan todos los mexicanos y no los responsables de esta enfermedad. La situación empeora si sabemos que una gran parte de la población, no tiene acceso a los servicios de seguridad social, lo que significa que las personas con alguna enfermedad tienen que recurrir a centros médicos particulares, encareciendo su economía y deteriorando su enfermedad, en el caso de no tener los medios suficientes para pagar dichos servicios.

Existen varios derechos fundamentales como son los derechos de los niños, el derecho a la salud, a la información, a la alimentación, que tendría que garantizar el Estado. La obesidad es un hecho que nos revela la incapacidad que ha tenido para garantizarlos. El ejemplo está claro en el área rural, donde los centros médicos son más escasos, es decir el acceso y la calidad de los servicios médicos están lejos para la mayoría de los mexicanos.

Muchas organizaciones civiles teniendo a especialistas sobre el tema, han propuesto estrategias para el combate y prevención de la obesidad, que deben estar incluidas en las propuestas de políticas públicas. Estas organizaciones han señalado algunas de las fallas que tienen las estrategias por parte del Estado, como son el problema del etiquetado en los alimentos, así como insistir en reducir la publicidad de productos chatarra, inclusive promovieron hábitos de consumo sustentables, de esta manera, ahondan en la problemática e incluyen los impactos al ambiente.

Mucho contribuyen estas organizaciones a una sociedad más informada, haciendo libros, artículos, inclusive han elaborado materiales audiovisuales como son documentales y obras de teatro, esto con la finalidad de que la población tenga más y mejores elementos para alcanzar un mejor estilo de vida. Las aportaciones de este sector de la población no deben desdeñarse, por el contrario, deben analizarse y reconocer el esfuerzo que se ha hecho, para frenar el deterioro de la salud de la población.

Lo anterior es necesario si los datos nos dicen que las políticas públicas no han podido revertir la situación, de hecho esto se ha ido agravando. Lo anterior se debe a una complicidad del Estado con muchas empresas, especialmente, la industria alimentaria, que ha violado derechos esenciales engañando a los consumidores sobre sus productos ofertados. Faltan normatividades que regulen a estas empresas, asegurando que el consumidor tenga toda la información del producto obtenido.

Se necesitan políticas públicas nacionales eficientes basadas en un marco jurídico sólido que haga frente a estas empresas, una regulación seria, capaz de frenar el alto consumo de productos hipercalóricos.

Esto debe estar acompañado de un grupo de expertos en diferentes hábitos, e inclusive de la sociedad civil, para establecer criterios nutricionales alejados de intereses.

Las escuelas han contribuido al crecimiento desmedido de la obesidad infantil, creando un ambiente obesigénico en el área escolar, esto debe ser inadmisibles, por el contrario, la educación escolar debe ser un motor de combate y prevención de la obesidad infantil, ya que se sabe que la infancia es la etapa de la vida en donde se definen la mayoría de los hábitos de toda la vida y en especial, los hábitos de alimentación, por esta razón, se deben formular planes para convertir a las escuelas en espacios para la promoción a la salud. Lo anterior incluye, entre otras cosas, la instalación de bebederos en las escuelas, el acceso al agua potable es un derecho y mucho podría contribuir.

Los ambientes donde los alimentos de alto contenido calórico, se consiguen con facilidad y donde son limitadas las oportunidades para participar en actividades físicas, deben reducirse, es importante crear entornos alejados del sedentarismo promoviendo la actividad física, de lo que se trata es de modificar los estilos de vida actuales para lograr mejorar la salud de los mexicanos.

La educación nutricional es tan importante como el hecho de saber leer y escribir, dicha educación debe llegar a la mayoría de los hogares mexicanos. Aunque se sabe que aún gran parte de los mexicanos no cuentan con acceso a internet, esta herramienta puede ser útil en la lucha contra la obesidad.

Sabemos que algunas organizaciones ya están divulgando información nutricional (entre otras cosas), por este medio, para desenmascarar a esta publicidad engañosa, y evidenciando los verdaderos efectos de consumir productos con poco valor nutricional. Lo cual cada vez tiene mayor alcance y por lo tanto mayor público.

La literatura médica nos dice que el problema de la obesidad es multifactorial, tanto en sus causas como en sus consecuencias, si entendemos lo anterior podemos inferir que los resultados de reducir y prevenir la obesidad, se verán en diferentes ámbitos, de esta manera reiteramos la importancia de priorizar la

prevención y no la curación de las patologías, esto resulta más efectivo y menos costoso.

No pretendemos excluir el carácter biomédico de la obesidad ni omitir su importancia, pero para un problema de salud pública con las dimensiones actuales, resulta necesario también explicar los impactos sociales con el fin de contribuir a la solución de la problemática en cuestión. Lo que buscamos es, reconocer la parte biológica de la enfermedad, negarlo sería volver a los análisis dogmáticos y poco prácticos, sólo buscamos poner énfasis en el problema social de la obesidad, para demostrar que sus repercusiones trascienden diferentes ámbitos.

Sabemos que la epidemia de la obesidad es reversible pero eso requiere de políticas públicas capaces de frenar las diferencias sociales que aún persisten y que en las recientes décadas se han acrecentado. También es necesario cambiar el enfoque médico actual, que no sólo se encargue atender la enfermedad sino de prevenirla.

Anexos

Anexo 1.

Recuadro 1. Impactos y causas la obesidad infantil en México

Impactos	Causas
Estigma social	Urbanización
(Discriminación –Bullyng-)	Industrialización
Menor esperanza de vida	Globalización
Defunciones prematuras	Política económica (Neoliberalismo)
Cambios en la dieta del mexicano.	Condiciones socioeconómicas poco favorables
Sedentarismo	Influencia de los medios de comunicación (Publicidad no regulada)
Efectos en el desarrollo económico	Accesibilidad a alimentos con alto contenido calórico y a bajo costo.
Rezago en el desarrollo agrícola	Venta de comida “chatarra” en las escuelas
Menor productividad económica	Falta de espacios públicos
Sociedad de hiperconsumo	Sistema de salud deficiente (Nula prevención)
	Poca cultura de la salud
	Falta de acceso a la información
	Poca educación (Educación física y nutricional)

Anexo 2

Recuadro 2: Algunos organismos y acuerdos en el combate de la obesidad infantil

Organizaciones gubernamentales	Organizaciones no gubernamentales	Organizaciones internacionales	Acuerdos federales	Encuestas Nacionales
Secretaría de Salud (SSa)	Fundación Mídete	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI)
Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)	El poder del consumidor	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)	La Cruzada Nacional Contra el Hambre	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)	Fundación Mexicana para la Salud, A.C (FUNSALUD)	El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)
Secretaría de Educación Pública (SEP)	Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo A.C (CONMEXICO)	Organización Panamericana de la Salud (OPS)		Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE) 2008
Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)				
LICONSA (abasto social de leche)				
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)				
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)				
Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE)				

Algunos organismos y acuerdos en el combate de la obesidad infantil

Organizaciones Gubernamentales:

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP): Una institución académica cuyo compromiso central con la sociedad mexicana es ofrecer resultados de investigación a problemas relevantes de la salud pública para prevenir y controlar enfermedades, y formar a profesionales de la salud que ayuden a promover condiciones de vida saludable en los diversos grupos de la población. La comunidad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) está compuesta por profesionales especializados en las diversas disciplinas de la salud pública y de las ciencias sociales, por estudiantes que cursan programas académicos y por personal administrativo y técnico que apoya el cumplimiento de objetivos, programas, metas y proyectos que forman parte de la razón de ser de la Institución.

Secretaría Educación Pública (SEP): Una secretaria que tiene como propósito esencial crear condiciones que permitan asegurar el acceso de todas las mexicanas y mexicanos a una educación de calidad, en el nivel y modalidad que la requieran y en el lugar donde la demanden.

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL): Una secretaria que tiene como Misión el contribuir a la construcción de una sociedad en la que todas las personas tengan acceso efectivo a sus derechos sociales y puedan gozar de un nivel de vida digno.

LICONSA (abasto social de leche): Liconsa, empresa de participación estatal mayoritaria, industrializa leche de elevada calidad y la distribuye a precio subsidiado en apoyo a la nutrición de millones de mexicanos, especialmente de niños de hasta 12 años, de familias en condiciones de pobreza, contribuyendo así a su adecuada incorporación al desarrollo del país. En forma complementaria lleva a cabo la adquisición de leche nacional en apoyo a la comercialización de lácteo producido por ganaderos nacionales.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF): coordina y promueve a nivel nacional entre los Sistemas Estatales DIF, actividades y

programas tendientes a garantizar la protección, el desarrollo integral y la igualdad de oportunidades para los niños, las niñas, adolescentes y familias vulnerables, a través de la generación e implantación de políticas públicas y modelos de intervención regionales y locales de carácter preventivo y de atención, que permitan superar condiciones de desventaja y competencia social, ello acorde a los postulados de humanismo, equidad y cambio, así como al criterio de inclusión, planteados por la presente administración.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL): Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con autonomía y capacidad técnica para generar información objetiva sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza en México, que permita mejorar la toma de decisiones en la materia. El CONEVAL tiene como funciones principales:

1. Normar y coordinar la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas; y
2. Establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.

Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE): Es una institución del gobierno mexicano, encargada de desarrollar e implantar políticas de Estado que fomenten la incorporación masiva de la población a actividades físicas, recreativas y deportivas que fortalezcan su desarrollo social y humano, que impulsen la integración de una cultura física sólida, que orienten la utilización del recurso presupuestal no como gasto sino como inversión y que promuevan igualdad de oportunidades para lograr la participación y excelencia en el deporte.

Organizaciones no gubernamentales:

El Poder del Consumidor: es una asociación civil sin fines de lucro que trabaja en la defensa de tus derechos como consumidor.

Las actividades de la organización incluyen el estudio de productos, de servicios y de políticas públicas, la vigilancia del desempeño de las empresas, la identificación de opciones favorables para los consumidores y la denuncia de las prácticas que afectan sus derechos.

Fundación Mídete: Asociación Civil sin fines de lucro, creada en el 2007, integrante de la Alianza por un México Sano. Trabajan para convertirse en el principal motor ciudadano que fomente la creación, prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Promueven iniciativas que incidan en el ámbito legislativo, así como programas y campañas que promuevan: La salud como estilo de vida.

Fundación Mexicana para la Salud, A.C (FUNSALUD) Institución Privada al Servicio de la Comunidad: es una asociación civil, autónoma, sin fines de lucro, incluida en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Es, además, reconocida por el Servicio de Administración Tributaria como donataria autorizada para expedir recibos deducibles del impuesto sobre la renta. Está incluida en el Registro Federal de Organizaciones de la Sociedad Civil del Instituto Nacional de Desarrollo Social. Tiene por objeto contribuir al conocimiento científico y tecnológico y al estudio de políticas en materia de salud, mediante el impulso a la investigación, a la formación de recursos humanos de alto nivel y al desarrollo tecnológico. También identifica y caracteriza problemas de salud y genera proyectos para su solución.

Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo A.C (CONMEXICO): El Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo fue fundado en 1996 por diez empresas líderes en la industria de alimentos, bebidas y productos de consumo en el país y en el mundo. ConMéxico surgió para promover el bienestar del consumidor, establecer y desarrollar vínculos con el

comercio y los proveedores que fortalezcan a la industria de productos de consumo y, así, contribuir al desarrollo económico y social del país.

Organizaciones Internacionales:

Organización Mundial de la Salud (OMS): La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO): Con sede en Roma, la FAO está presente en más de 130 países. La esencia de las actividades de la FAO es alcanzar la seguridad alimentaria para todos y asegurar que las personas tengan acceso a alimentos de buena calidad que les permitan llevar una vida activa y saludable. Sus objetivos principales son: la erradicación del hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición, la eliminación de la pobreza y el impulso del progreso económico y social para todos, y la ordenación y utilización sostenibles de los recursos naturales, incluida la tierra, el agua, el aire, el clima y los recursos genéticos, en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): El UNICEF fue creado con el propósito de colaborar con otros para superar los obstáculos impuestos a la niñez por la pobreza, la violencia, la enfermedad y la discriminación. Se guía por lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño. Lleva a cabo su labor en más de 190 países y territorios por medio de programas de país y Comités Nacionales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS): Fundada en 1902, es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo. Brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en los países de las Américas. La OPS es el organismo especializado

en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Junto con la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas.

Acuerdos Federales:

Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes: Estrategia establecida por decreto presidencial en el año 2013 cuyo objetivo consiste en mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, utilizando intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.

La Cruzada Nacional Contra el Hambre: Se decreta a principios del 2013, esta estrategia busca “garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición de los 7.4 millones de mexicanos que hoy viven en condición de pobreza extrema, y contribuir al ejercicio pleno de su derecho a la alimentación”. De acuerdo con la Cruzada, su propósito es que 7.4 millones de personas superen su condición de pobreza extrema y carencia por acceso a la alimentación. Conforme al decreto de creación de la estrategia los objetivos centrales son los siguientes: “a) Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuadas de los mexicanos en extrema pobreza y con carencia alimentaria severa; b) Eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de crecimiento de niños y niñas en la primera infancia; c) Aumentar la producción y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas; d) Minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante el almacenamiento y transporte, así como en los comercios; e) Promover la participación comunitaria”.

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad: Estrategia que desarrolló el gobierno federal, presentado el 10 de enero de 2010. Tiene 10 objetivos fundamentales: Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la

colaboración de los sectores público, privado y social. 2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable. 3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas. 4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo. 5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud. 6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad. 7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos. 8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial. 9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas. 10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

Encuestas Nacionales:

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI): El objetivo prioritario del INEGI es lograr que el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG) suministre a la sociedad y al Estado información de calidad, pertinente, veraz y oportuna, a efecto de coadyuvar al desarrollo nacional, bajo los principios de accesibilidad, transparencia, objetividad e independencia.

Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH): Proporcionar un panorama estadístico del comportamiento de los ingresos y

gastos de los hogares en cuanto a su monto, procedencia y distribución; adicionalmente ofrece información sobre las características ocupacionales y sociodemográficas de los integrantes del hogar, así como las características de la infraestructura de la vivienda y el equipamiento del hogar.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT): La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) actualiza la información que genera el Sistema Nacional de Encuestas de Salud puesto en marcha desde 1986. Este sistema ha permitido contar con evidencia para la planeación en el Sector Salud, y para la evaluación del desempeño del mismo, al documentar la cobertura de los programas y acciones del Sector, y las condiciones de salud y nutrición de la población. La ENSANUT2012 ofrece información que constituye un diagnóstico actualizado de las condiciones de salud de los mexicanos, así como sobre la respuesta del sistema de salud a estas condiciones, y los resultados alcanzados. El contar con este panorama es igualmente un insumo de primera importancia para identificar los retos en materia de salud hacia los próximos años, y formular las estrategias adecuadas para hacerles frente.

Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE) 2008: El objetivo de esta encuesta realizada a 80 mil escolares en todo el territorio nacional, fue describir el estado de salud, educación y condiciones de vida de los estudiantes de las escuelas públicas, a nivel primaria y secundaria, de todo el país e identificar los principales factores de riesgo a la salud a los que está expuesto este sector. La relevancia de realizar dicha encuesta reside en que, al identificar los problemas que afectan el desempeño de los niños en la escuela, será posible generar propuestas de estrategias de prevención y control e implementar políticas educativas adecuadas a las características sociodemográficas de la población infantil.

FUENTES DE CONSULTA

Bibliografía:

- Antiga Trujillo, Nedelia, *La Investigación y las Metodologías de la Ciencia*, México, 1ra. Edición de la Autora, 2012.
- Calvillo Unna Alejandro, *El acceso a la información en la sociedad del consumo: de la comida chatarra a los productos milagro*, IFAI, México, 2011.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto*, CONEVAL, México, DF, 2010.
- De Senillosa Ignacio [actualización de 2a. ed., Montse Cusó Torelló], *El derecho a ser niño: paz para la infancia, ya*, Intermon, Barcelona, 1999.
- Garcia Urigüen, Pedro, *La alimentación de los mexicanos. Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios*, Cámara Nacional de la Industria de Transformación (CANACINTRA), México, 2012.
- Geremia, Valeria, *Índice de medición de calidad de leyes en el marco normativo de los derechos de la infancia*, Red por los Derechos de la Infancia en México, 2009.
- González Contró, Mónica, *Derechos humanos de los niños: una propuesta de fundamentación*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2008.
- Gutiérrez, J.P., J. Rivera Dommarco, T. Shamah Levy, S. Villalpando Hernández, A. Franco, L. Cuevas Nasu, M. Romero Martínez, M. Hernández Ávila, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2012.
- Herrera Feria, María de Lourdes (coord.), *Estudios sociales sobre la infancia en México*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, 2007.

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento*, Washington DC, 2007.
- Red por los Derechos de la Infancia en México, *La Infancia Cuenta En México 2012, Desafíos Actuales para La Garantía de Derechos de la Infancia*, REDIM, 2012.
- Red por los Derechos de la Infancia en México, *La Infancia Cuenta en México 2013, Hacia la construcción de un sistema de información sobre derechos de infancia y adolescencia en México*, REDIM, 2013.
- Rivera Dommarco, J.A., A. Velasco Bernal, M. Hernández Ávila, C.A. Aguilar Salinas, F. Badillo Ortega y C. Murayama Rendón, *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*, primera edición, México, UNAM, 2012.
- Rivera, Elva y Tirado, Gloria, *Los derechos de la infancia en México (del pasado al presente)* en Estudios sociales sobre la infancia en México), Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, 2007.
- Rojas Soriano, Raúl, *Metodología en la calle, salud-enfermedad, política, cárcel, escuela...*, Plaza y Valdez, México 2010.
- Rojas Soriano, Raúl, *Sociología médica*, Plaza y Valdés, México, 2001.
- Salvador Moysén, Jaime; Sánchez Anguiano, Luis Francisco; Martínez López, Yolanda (Editores), *Investigación y educación en salud pública*, Universidad Juárez del Estado de Durango, México, 2012.

Documentos oficiales

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Convención de los Derechos del Niño
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes
- Ley General de los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes
- Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia 2002 – 2010.

Fuentes electrónicas

- Amancio Chassin, Octavio, Ortigoza Ramírez, José Luis, Durante Montiel Irene, *Obesidad*, dentro del Seminario: “El Ejercicio Actual de la Medicina” [en línea]
http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
(consultado el 8 de mayo de 2014)
- Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, *Observaciones finales emitidas por el Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, respecto al III Informe de México sobre Niñez.* [en línea]
[http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_informe_crc_mexico.p
df](http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_informe_crc_mexico.pdf) (consultado 7 de marzo de 2014)
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) [en línea],
<http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/144-ingieren-ninos-en-recreo-40-de-calorias-diarias-recomendadas.html> [consulta: 11 de febrero de 2015].
- Navarro, Vicente, *Concepto Actual de Salud Pública*, [en línea] Dirección URL:
[http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/
navarro.pdf](http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf) [consultado el 4 de junio de 2014].

- Secretaria de Salud, *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*, 2013 [en línea] http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf (consultado el 31 de mayo de 2014).
- UNICEF - CONEVAL, “*Pobreza y Derechos Sociales de Niños, Niñas y Adolescentes en México, 2010-2012*”, [en línea] http://www.unicef.org/mexico/spanish/UN_BriefPobreza_web.pdf (consultado 15 de abril de 2014)
- UNICEF, *Informe anual UNICEF México 2013*, [en línea] http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEFReporteAnual_2013_final.pdf (consultado 7 de marzo de 2014)

Paginas oficiales consultadas

- La OMS (Organización Mundial de la Salud) <http://www.who.int/es/>
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) <http://www.unicef.org/spanish/>

Hemerografía:

- Beade Ruelas, Alma, Desayuno infantil: Nutrirse no es lo mismo que comer, Boletín electrónico *Brujula de compra*, PROFECO, México, 14 de agosto de 2009.
- Barrientos-Pérez Margarita y Flores-Huerta Samuel, ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 65, núm. 6, México, noviembre-diciembre de 2008.

- Cruz Sánchez, Marcelina; Tuñón Pablos, Esperanza; Villaseñor Farías, Martha; Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen; Nigh Nielsen, Ronald Byron, Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología, *Región y Sociedad*, El Colegio de Sonora, vol. XXV, núm. 57, Hermosillo, México, 2013.
- Martínez-Munguía, Carlos y Navarro-Contreras, Gabriela, Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol.52, suplemento 1, México, 2014.
- Ortega Cortés, Rosa, Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol.52, suplemento 1, México, 2014.
- Pérez-Salgado, Diana, Rivera-Márquez José Alberto, Ortiz-Hernández Luis, Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?, *Salud Pública de México*, no. 2, vol. 52, México, marzo-abril de 2010.