UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud frente a la idealización de la obesidad: El exceso de mortalidad por COVID-19 en pacientes con obesidad como argumento en contra de la ideología de la gordura revolucionaria

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A:

ALEJANDRA GONZALEZ MOTA

LORENA GUADALUPE RAMÍREZ DÍAZ

D I R E C T O R

DR. VÍCTOR MANUEL MOSQUERA PERALTA

Ciudad de México, enero de 2024

UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

CA Coordinación Académica

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

INDICE

Introducción **1**

Planteamiento del problema **4**

Justificación **6**

Metodología **9**

1.Capítulo I Referentes teóricos **12**

1.1. Antecedentes de la promoción de la salud 12

1.2. Promoción alternativa de la salud 16

1.3. El paradigma socio-histórico y emancipador 22

1.4. Determinantes sociales de la salud 26

2. Capítulo ll Reconstrucción teórica de la obesidad **31**

2.1. Determinación socio-histórica desde el paradigma biomédico de la obesidad 31

2.2. Prevalencias de la obesidad en México 37

2.3. Síndrome metabólico y enfermedades crónico-degenerativas 39

2.4. Relación entre exceso de mortalidad por COVID-19 y obesidad 42

3.1. Determinación ambiental: Antropología de la alimentación y de la nutrición en México 48

3.2. Determinaciones económicas: El predominio de la industria obesogénica 51

3.3. Determinación social: La obesidad como el resultado exitoso del marketing generador de ambientes obesogénicos 54

3.4. Determinación cultural: Estigmatización de la obesidad 60

4. Capítulo lV Idealización e ideologización de la obesidad **62**

4.1.La obesidad resignificada como un estilo de vida ideal: tendencias *Curvy*, *Plus size* y otros movimientos supuestamente autogestivos 62

4.2. Fundamentos ideológicos de los movimientos que reivindican la obesidad 74

4.3. Post-verdad y redes sociales en los tiempos del COVID-19 76

4.4. La biopolítica como determinante de las decisiones alimentarias 78

5. CAPÍTULO V Acciones pedagógicas en favor de la salud: estrategias que promueven autonomía en la selección alimentaria con un real valor nutricional 81

5.1. Líneas, estrategias y políticas de alimentación en México 81

5.2. Educación para la salud: La promoción de una alimentación saludable 84

5.3. Nuestra propuesta general de educación y salud alimentaria 86

Conclusiones 99

ANEXO 102

Bibliografía 120

Agradecimientos

Queremos agradecer a nuestros profesores que a lo largo de esta licenciatura marcaron el amor por el conocimiento, la reflexión, la pasión por la lectura, el análisis crítico... por incitar el amor por aprender de las cosas, entender que la vida es un constante aprendizaje.

También, un agradecimiento a la profesora Roselia Arminda Rosales, por su gran apoyo incondicional al ser la primera en leer y asesorarnos en nuestra investigación de tesis, a la profesora Margarita Chagoyán, por su empatía al leernos y asesorarnos en todo momento, así como a nuestro profesor y director de tesis Víctor M. Peralta, por confiar en nosotras, direccionarnos y motivarnos para siempre salir adelante.

Dedicatorias

A mi colega de licenciatura, compañera de tesis y gran amiga Alejandra González por ser un gran ser humano. A mi querida familia padres y hermanas que siempre me han apoyado. A mis amistades que me brindaron su tiempo para siempre escucharme y acompañarme a reflexionar. Y finalmente a mí, por no darme por vencida.

Lorena Ramírez

Principalmente a mis padres Amada y Francisco por su incondicional apoyo, por sus palabras de aliento y su gran esfuerzo por acompañarme en este largo camino académico, a mis hermanas por estar presentes en todo momento. A mi mejor amiga y colega Lorena Ramírez por haber trabajado arduamente en este proceso y por su amistad incondicional, su lealtad y sobretodo su empatía.

Alejandra González

La promoción de la salud frente a la idealización de la obesidad: El exceso de mortalidad por COVID-19 en pacientes con obesidad como argumento en contra de la ideología de la gordura revolucionaria

Introducción

El origen de la elaboración compartida de esta tesis, surge a través de las experiencias personales que ambas, tuvimos durante el desempeño del servicio social, que formo parte de nuestra formación académica dentro de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como licenciadas en promoción de la salud, en donde tuvimos un desempeño académico en el área de nutrición y de atención en salud para personas con COVID-19. Por lo cual, tuvimos la oportunidad de identificar distintos panoramas y problemáticas que la población estaba padeciendo en ese momento, tanto en pacientes que dieron positivo a COVID-19, así como en el área de nutricional relacionado con la promoción de la salud en estudiantes universitarios. Es por ello, que a partir de conjuntar nuestras experiencias e intereses logramos desarrollar el tema expuesto en esta tesis.

Este trabajo de investigación nos llevó agudizar nuestros sentidos a la praxis de la reflexión desde los procesos biológicos fundamentales, la ley de la vida, a la exploración de los aspectos socio-históricos que impactan la salud, al análisis del comportamiento humano, así como el estudio del crecimiento y desarrollo personal, enriqueciendo aún más esta comprensión integral que nuestro principal objetivo como promotoras de la salud deriva de aplicación de los conocimientos adquiridos durante los años de licenciatura en experiencias prácticas con grupos de personas, permitiendo efectuar la sensibilización y empatía hacía en el desarrollo comunitario.

Pretendiendo con ello, mostrar la amplia gama de enfoque sobre dicha problemática y, por tanto, de la complejidad para enfrentarla. Así, nos apoyamos en el análisis de una diversidad de bibliografía especializada sobre el tema, artículos, entrevistas, informes estadísticos de dependencias oficiales, tanto nacionales como extranjeras, entre otros, sobre las personas ya diagnosticadas con obesidad y su relación con el alto nivel de mortalidad por COVID-19 durante esta pandemia a nivel nacional. Es por ello, que este estudio exponemos a la obesidad como factor para desencadenar graves comorbilidades crónicas que hacen más vulnerables a las personas de padecer COVID-19, llevándolos a presentar cuadros graves en los que se llegan a la muerte, destacando además a las enfermedades cronicodegenerativas de las cuales, no tienen distinción de sexo, edad, etnia, o posición económica. De tal modo que nuestro contexto social, político, económico, en otros, contribuye en la forma en que nos alimentamos y nos desarrollamos, a lo que referiremos como determinantes sociales.

Por consiguiente nos permitimos evidenciar una situación de normalización de las enfermedades crónicas en específico, la obesidad, cabe destacar que actualmente vivimos en un mundo donde las redes sociales están atiborradas de infodemia, así como de un neuro-marketing, que se encarga de potencializar las industrias que están detrás de este ambiente obesogénico, apoyando de manera subjetiva a estos nuevos grupos militantes a favor de la obesidad, exponiendo la crisis de obesidad cómo un aspecto físico que se debería de normalizar.

La importancia evidenciar diversas posturas que se tiene sobre las subjetividades que se encuentran alrededor de la normalización de la obesidad es que, en México, así como, a nivel mundial, las enfermedades cronicodegenerativas están siendo un grave problema de salud pública que se visibilizo durante la pandemia COVID-19, reluciendo los altos números de contagio en la población. Para explicar y comprender mejor la problemática general

presentamos un análisis de diversas posturas que cuestionan, apoyan o promueven ese estado físico, es decir, que están a favor de la obesidad.

Con todo lo expuesto anteriormente presentamos una propuesta que incentiva a la reflexión para mejorar los hábitos alimenticios de toda persona interesada en ese tema y sobre todo a nivel comunitario en zonas vulnerables, procurando la concientización de sus determinantes sociales, para crear opciones que mejoren sus niveles nutricionales. Todo esto, teniendo un marco de referencia, o sea, contando con la información suficiente que permita, tanto a las personas como a nosotras, conocer las causas y las diversas perspectivas o enfoques que existen para la construcción de saberes, así como, de las practicas persónales para que puedan de manera autónoma y consiente decidir sobre su alimentación. Esperamos que, con dicha propuesta, elaborada a partir del análisis coyuntural de un evento reciente, entre las ambas pandemias obesidad y COVID-19. Que desafortunadamente adquiere relevancia, dadas las estrategias de marketing de las grandes industrias de belleza, de bebidas azucaradas, comida chatarra y alimentos ultra-procesados que promueven productos, hábitos alimenticios, y consumismos muy alejados de los parámetros de salud y bienestar colectivo.

Planteamiento del problema

Desde un enfoque negativo, la salud es considerada como la ausencia de enfermedad, una limitación en la vida, algo que nos falta, desde un enfoque positivo, se concibe a la salud como una necesidad identificada, un objetivo de vida, la búsqueda de un auténtico bienestar. Este enfoque privilegia la toma de decisiones adecuadas, la elección de lo que favorece nuestro desarrollo, la postura crítica ante la mercadotecnia que promueve el consumo de comida y bebidas con exceso de sal, azúcar y grasas y otros químicos. Las actitudes pasivas ante la publicidad de los consorcios transnacionales y los hábitos alimenticios relacionados con productos que tienen un bajo nivel nutricional, generan ambientes obesogénicos[1] que se agravan cuando se combinan con períodos pandémicos totalmente imprevistos. Este agravamiento es lo que ocurrió en México con la llegada de la pandemia del COVID-19.

En marzo del 2020 irrumpió un fenómeno complejo que provocó el deterioro de varios órganos vitales, impactando a las personas vulnerables como son aquellos que padecían enfermedades crónico-degenerativas, los adultos mayores y las mujeres embarazadas. Esta pandemia provocó un aumento notable en la mortalidad de quienes tenían asociadas otras morbilidades, lo que es potencialmente peligroso por el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus tipo II, la hipertensión arterial, las dislipidemias, las cardiopatías y la obesidad abdominal, enfermedades que afectan directamente la calidad de vida de gran parte de la humanidad.

Cuando se presentan tres o más de estas condiciones, esto es referido como síndrome metabólico, que pueden producir obesidad, la cual surge por la interacción compleja de

[1] Un ambiente obesógenico se define cuando el ambiente construido y alimentario repercute en patrones que conducen a la acumulación de grasa corporal (Swinburn et al., 2011) Martínez, A. (2017). La consolidación del ambiente obesogénico en México. Estudios Sociales, 27(50), Párr. 3. Leer en: https://www.redalyc.org/journal/417/41751187009/41751187009.pdf

factores genéticos, ambientales, sociales, económicos, políticos y de estilos de vida. Pero es pertinente añadir que la obesidad ha despertado el interés de corporaciones que no sólo son las que producen alimentos ultra-procesados. La industria textil, las grandes compañías especializadas en la producción de cosméticos y una amplia variedad de medios de comunicación promocionan a la obesidad como una militancia revolucionaria. Mediante una persistente campaña publicitaria se ha logrado idealizar a la obesidad en diversos sectores sociales, y en tales sectores la obesidad es asumida como un estilo de vida libre y hasta contestatario. En lugar de revalorizar esta problemática, se está promoviendo la idea de que las corporaciones industriales tienen la aprobación tácita de gobiernos anteriores, como los de Enrique Peña Nieto, Vicente Fox y Salinas de Gortari, para aparentemente ofrecernos productos y soluciones que contribuyan al desabasto e inequidad alimentaria. Estas corporaciones están detrás de la oferta de productos y soluciones que, en realidad, contribuyen al problema de la obesidad mediante estrategias de soberanía alimentaria y derecho a decidir qué productos consumir sin advertencias.

Este enfoque fue exitoso primero en sectores sociales muy específicos, pero su influencia se expande y ya tiene presencia a nivel mundial. Así la complejidad del problema rebasa la práctica profesional relacionada únicamente con la prevención y el tratamiento nutricional de la obesidad; por ello con creciente interés nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Cuál es porcentaje del exceso de mortalidad por COVID-19 en personas con obesidad? y ¿Cómo la promoción de la salud puede intervenir frente a la idealización de la obesidad?

Justificación

Esta tesis tiene interés a partir de compartir las vivencias que tuvimos en un inicio de la cuarentena durante la pandemia por COVID-19, puesto que fue alarmante ver la cantidad de información circulando en los medios de comunicación sobre las muertes que en ese momento se estaban presentando por dicha enfermedad, y donde fue posible identificar a las personas más vulnerables que principalmente eran personas con comorbilidades. Además, identificamos que toda esta problemática en conjunto con las determinantes sociales de la salud estaba haciendo o permitiendo que las personas tuvieran cada quien un contexto distinto de la forma en que enfermaban, se recuperaban o morían; lo cual, nos hizo sentido de pertenencia el poner en practica todo lo aprendido en la carrera y poder contribuir de alguna manera positiva en la salud comunitaria.

Sabemos que la llamada globalización ha generado enfermedades crónico-degenerativas cuyo crecimiento exponencial ha puesto en crisis a los sistemas de salud. Entre estas enfermedades se encuentran el sobrepeso y la obesidad como dos de los principales factores modificables de muerte prematura a nivel mundial. El sobrepeso y la obesidad afectan a dos mil millones de personas en todo el mundo y provocan anualmente la muerte de tres millones de adultos (ENSANUT, 2022). En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 destacó que la prevalencia de la obesidad en adultos es una de las más altas del mundo. Esta encuesta muestra que en México la prevalencia de sobrepeso en adultos con más de veinte años es del 38.3%. En este porcentaje la prevalencia de obesidad abdominal es del 81%, población entre la que también son frecuentes las siguientes enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias y cardiopatías; presentando el 75.2% de la población nacional una acumulación de adiposidad.

Todo esto no es extraño, porque las corporaciones transnacionales durante mucho

tiempo han lanzado al mercado productos que generan sobrepeso y obesidad; además de que también han propiciado, estratégicamente, su consumo excesivo y han evitado ser socialmente cuestionadas mediante la normalización de los efectos que producen sus productos. Estas compañías han logrado crear hábitos obesogénicos e incluso responsabilizan del deterioro de su salud a quienes consumen los productos que ellas producen generando sobrepeso, obesidad y otras comorbilidades.

El alarmante incremento de estas anomalías ha sido criticado por especialistas de los ámbitos académicos. Tales cuestionamientos ya han tenido resonancia en espacios gubernamentales, los cuales han emitido normatividades que informan a la población respecto a los efectos nocivos de los productos que consumen. Por ello, las grandes compañías ya no se limitan a crear hábitos obesogénicos, sino que procuran instaurar a la obesidad como una condición ideal. Esto implica que tales consorcios procuran crear las subjetividades que necesitan, y las crean difundiendo ideas relacionadas con las diferencias naturales de todos los cuerpos; así justifican como algo natural, incluso, a la obesidad extrema. Su objetivo es que no sólo el sobrepeso, sino que también la hiper-obesidad sea socialmente aceptada.

Dicha estrategia es muy audaz e inteligente, porque anticipadamente protege a las compañías transnacionales de todo tipo de legislación que intente contener el consumo de sus productos. Esta táctica preventiva también es lucrativa, porque lanza al mercado indumentarias de tallas Extra-Grande-Plus; su mercadotecnia trabaja en el nivel de las emociones y crea nuevas aspiraciones estéticas mediante el diseño de vestidos novedosos y hasta lujosos, para que las personas con obesidad extrema luzcan sus cuerpos. Ellas no deben ser juzgadas, sino que deben ser incuestionablemente aceptadas, e incluso, admiradas. Su presencia orgullosa debe ser interpretada como una saludable aceptación del propio cuerpo,

como una valiente reivindicación de la singularidad personal. Esa invisible mercadotecnia induce a pensar que las personas asumen su libertad y ejercen su irrestricto derecho a comer lo que más les causa placer.

No obstante, la perspectiva alternativa de la promoción de la salud nos ha permitido adoptar una postura crítica ante las ideas hegemónicas, las cuales invisibilizan el poder de las corporaciones que producen alimentos y bebidas ultra-procesados. Rechazamos la normalización de las enfermedades crónico-degenerativas como el de la obesidad extrema; normalización que es promovida por las estrategias mercadotécnicas cuya influencia es mundial.

En el ciberespacio, movimientos sociales gestados desde las industrias imponen estándares estéticos que son presentados como el "Look de Moda". Por ello este trabajo es de interés de quienes estudian y ejercen la promoción alternativa de la salud, y también debería interesarles a quienes sin saberlo se encuentran ideologizados por los consorcios transnacionales que quieren seguir lucrando con la comercialización de sus productos obesogénicos. Frente a tal avasallamiento, reivindicamos el derecho a una alimentación saludable; para ello, nos hemos propuesto desarrollar estrategias para el mejoramiento de la salud nutricional, lo que justifica plenamente nuestra investigación.

Objetivo general

A partir de lo anterior, planteamos los siguientes objetivos:

- Analizar el exceso de mortalidad por COVID-19 en personas con obesidad
- Analizar del discurso ideológico que presenta a la gordura como una actitud revolucionaria

Objetivos específicos

Teniendo por lo tanto como objetivos específicos:

- Identificar el porcentaje de mortalidad por COVID-19 en personas con obesidad
- Identificación las determinantes estructurales y determinantes intermediarios que intervienen en la obesidad.
- Diseñar una propuesta desde la promoción de la salud alternativa que accione a favor de la salud nutricional

Metodología

Nuestra reflexión crítica se eleva de lo abstracto a lo concreto y desarrolla tres niveles de complejidad creciente: el primer nivel es fundamental y está relacionado con las reformas estructurales que fueron instrumentadas desde los años 70 por la intelectualidad orgánica del poder económico transnacional. Estas reformas estructurales se expresaron en México en el año 1993 con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte. Con la firma de este tratado comercial se incrementó en nuestro país el consumo de alimentos ultra- procesados de bajo nivel nutricional; así se intensificaron las condiciones obesogénicas que afectan a muchos

segmentos de la población mexicana, condiciones que se agravaron durante los años 2020 a 2022, por el confinamiento que fue provocado por la pandemia del COVID-19. Este es el período en el que se concentra nuestro segundo nivel de reflexión crítica; nivel en el que el exceso de mortalidad por COVID-19 fue producido por las condiciones obesogénicas determinadas socio-históricamente, por la letalidad del virus que provocó la citada pandemia y por las enfermedades crónico degenerativas que se correlacionaron de forma grave en varios segmentos sociales de nuestro país. En tercer nivel nuestra reflexión crítica abordó diversas expresiones ideológicas que actualmente proliferan y que pertenecen al denominado post-modernismo y la llamada post-verdad. Todo esto lo confrontamos desde la promoción alternativa de la salud mediante los paradigmas socio-histórico y emancipadores, que pretende fomentar reflexiones críticas y autonomía, frente a las campañas publicitarias instrumentadas por las industrias que producen alimentos con bajo nivel nutricional.

Considerando datos proporcionados por distintas fuentes oficiales (Gobierno de México, Secretaria de Salud, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Salud Pública, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, entre otros), estadísticas nacionales e internacionales, así como de bibliografía referente al tema, artículos, entrevistas entre otros, desarrollamos una reflexión crítica relacionada con la intersección de tres importantes dimensiones: 1) Las determinaciones sociales de la salud teniendo como análisis el contexto socioeconómico, político y cultural que condicionan a los ambientes obesogenicos, 2) la obesidad en su relación con el exceso de mortalidad por COVID-19 durante el 2020-2022 en México, exponiendo de manera critica a través datos referenciales y sus comorbilidades, 3) las expresiones ideológicas en las que la obesidad es considerada como una reivindicación de libertad corporal que incluso es asumida

desde una posición revolucionaria, exponiendo cómo estas, son inducidas por las grandes industrias y sus aportaciones al marketing de venta para el consumo de productos ultraprocesados, y las corporaciones que trabajan minuciosamente a favor de los movimientos positivistas de la obesidad, por ejemplo: *body positive y body neutraly*.

Finalmente, esta tesis nos incita a presentar una solución tangible en respuesta a la occidentalización y sus subjetividades creadas por la globalización, realizando una propuesta que deriva de un curso que desarrolle estrategias de auto reflexión hacia nuestras determinantes sociales para tener una autonomía y un autocontrol sobre la des occidentalización de la dieta, pretendiendo una aportación desde la promoción alternativa de la salud a un nivel comunitario.

1.Capítulo I Referentes teóricos

1.1. Antecedentes de la promoción de la salud

Iniciaremos nuestra exposición con un breve recorrido histórico sobre las ideas y las prácticas relacionadas con la salud personal y colectiva. Esto, evidentemente, nos conduce hacia las teorías médicas de la antigüedad, teorías en las que el equilibrio entre los cuatro humores postulados por Hipócrates, refleja una comprensión temprana respecto al nexo entre la homeostasis y la salud. Luís Guerrero y Aníbal León (2008) comentan a través de Entralgo, 1982 de que Hipócrates en su famoso tratado ya refería la influencia del entorno sobre el cuerpo humano: el aire, el agua y las características de la tierra que es habitada, tenían, según esta teoría, una injerencia directa sobre las proporciones en las que se encuentran dentro del cuerpo humano la sangre, la bilis amarilla, la bilis negra y la flema. Estos autores comentan que los médicos árabes y judíos retomaron la idea grecolatina de fomentar la salud mediante preceptos higiénicos. Lo que está relacionado con el inicio de acciones preventivas.

Dando un salto gigantesco hacia la modernidad, de inmediato encontramos que la salud es concebida como algo que se puede lograr mediante la adquisición de productos referidos con la frase *"salud es belleza"* (vitamínicos, químicos, tecnológicos entre otros); productos que supuestamente también propician un equilibrio homeostático.

Estos productos están directamente relacionados con el paradigma hegemónico que ha impuesto creencias respecto a la adquisición inmediata de la salud, y respecto a la solución milagrosa de las dolencias; este paradigma hace pensar que el pagar por un producto o un servicio médico cambiará nuestra vida al proporcionarnos casi instantáneamente lo que concibe como salud. Pero esta visión no se interesa por nuestro desarrollo personal y colectivo. Al

contrario, el avance de los procedimientos tecnológicos ha intensificado las posturas autoritarias de muchos médicos, que adoptan actitudes incluso paternalistas desde una perspectiva que se asume como omnisciente. Este fenómeno también puede generar una desconexión entre el profesional de la salud y el paciente, lo que afecta la calidad de la atención y la relación terapéutica.

Por otra parte, Guerrero y León (2008), plantean que la privatización de muchos sectores relacionados con la salud tiene implicaciones culturales, éticas y legales; como cualquier concepto de salud siempre se encuentra inmerso en el contexto sociocultural que lo origina, quien observa esta relación indisoluble comprende por qué surgió la calidad de vida como un concepto que involucra aspectos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales.

Tal perspectiva ha evolucionado hacia un enfoque de salud ecológico, sistémico y dinámico; enfoque que privilegia el estudio de las interacciones del ser humano con su entorno material y sociocultural. Criterio integrador que contrasta con la perspectiva unicausal de la enfermedad. Este enfoque holístico que es propio de la promoción alternativa de la salud, reconoce el derecho que tienen todas las personas para opinar y participar en todas las decisiones que están relacionadas con su salud integral.

Es pues importante, considerar que la búsqueda inmediata de soluciones no siempre es la mejor práctica. Un enfoque más complejo exige estudiar los contextos específicos de quienes son atendidos; este enfoque, además, asume que la relación entre la alimentación y la salud es innegable, y que se puede prever mucho sobre el futuro bienestar de las personas mediante el estudio de sus antecedentes genéticos, pero también mediante el estudio de sus peculiares historias de vida. Es crucial no pasar por alto los determinantes socio-históricos, ya que abordar

la complejidad de la salud va más allá de las simples soluciones farmacológicas, refiriéndose a la educación, concienciación y recomendaciones respaldadas por enfoques científicos que también promuevan la autodeterminación.

En relación con lo anterior, Rafael González, Juan Castro y otros autores (2011), enfatizan que el desarrollo humano ha sido producido por el esfuerzo colectivo, por la colaboración social. Esto les exige a los Estados crear ambientes favorables y garantizar el ejercicio de los derechos humanos que están directa e indirectamente relacionados con la promoción de la salud. Los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso universal a condiciones saludables, mediante la utilización eficiente de los recursos económicos que son generados por el conjunto social. Estas consideraciones muestran la transición histórica que desde la medicina preventiva llega a lo que se conceptualizó como medicina social. Más allá del cuerpo individual que puede enfermar, las condiciones de vida y sus estudios multicausales sustituyeron a los enfoques simples y atomizados.

La salud colectiva comenzó a ser un ideal que se podía concretar. Este ideal y los esfuerzos institucionales que se realizaban para concretarlo, primero dieron origen al concepto de Salud Pública, y después, convergieron hacia el logro de este ideal todas las disciplinas que hoy son referidas como Ciencias de la Salud. El surgimiento de la medicina crítica fue un parteaguas importante, porque quienes impulsaron a este nuevo paradigma comprendían la complejidad del momento histórico en el que se encontraban. Configurando esta nueva perspectiva en que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto; es decir, estos pioneros entendieron que incluso las enfermedades son procesos sociales diferenciados y complejos. Ellos interpretaron que la salud y la enfermedad tienen determinaciones socio- históricas, y esto, varios autores lo refieren así: En el siglo XX el

paradigma biológico unicausal resultó insuficiente para la explicación de los procesos involucrados en la salud humana. Este enfoque ni siquiera podía satisfactoriamente explicar l*a* génesis de las enfermedades crónico-degenerativas y no transmisibles; pero con el desarrollo de las ciencias sociales (medio ambiente, psicología, antropología, etc.) fue posible la consolidación de una postura crítica que desbordó el marco de las acciones sanitarias inespecíficas (legislación social y laboral, seguridad urbana y rural, urbanización y desarrollo del transporte público, etc.). Esta postura crítica orientó todos los esfuerzos importantes hacia la atención de poblaciones cada vez más amplias, y posteriormente, apareció el concepto de promoción de la salud como uno de los pilares de la salud pública (Castro, González & Moreno, 2011).

El desarrollo personal dejó de estar desvinculado del desarrollo sociocultural y de las libertades humanas, lo interesante es que este enfoque pluridimensional privilegia:

> la construcción social de oportunidades para que todas las personas puedan ejercer control sobre su proceso vital individual, desarrollando capacidades y competencias para tomar decisiones saludables que les permitan vivir con dignidad el mayor tiempo posible, y disfrutando de la mayor calidad de vida… Herramienta que permite el empoderamiento y la movilización individual y colectiva para la construcción de una cultura de la salud y el ejercicio de decisiones saludables… La relación entre el desarrollo humano y la promoción de la salud, se convierte en una estrategia de responsabilidad social para la generación de políticas públicas que propicien la salud colectiva y la construcción de oportunidades reales de vida saludable. (Castro et al, 2011:2,10).

1.2. Promoción alternativa de la salud

El camino recorrido en la licenciatura en Promoción de la Salud, nos permitió visualizar el ejercicio de nuestra profesión como un todo integral; metafóricamente, como un entramado de neuronas, un árbol con muchas ramas, una bola de estambre que sólo se ve como un cúmulo de objetos y que viéndola con atención resulta que cada conexión tiene un porqué, que es esencial. Imaginemos las relaciones que existen entre un bosque y los árboles que lo forman; las relaciones entre todos los árboles conforman una comunidad en la que todos interaccionan, y recíprocamente se nutren; todos los árboles colaboran con sus semillas para la creación de nuevas comunidades que se complementan unas a otras con un único fin: —¡El de crecer como una gran familia! —.

Si expresamos directamente todo lo anterior, para nosotras es claro que la Licenciatura en Promoción de la Salud tiene prácticas humanistas que promueven la autonomía y el empoderamiento de las personas; son prácticas que se guían por los derechos humanos, la bioética, los valores esenciales y la cultura universal. Esta importante disciplina surgió en el siglo XX, y desde su inicio, su ámbito indiscutible es el de la salud pública. Su objetivo es influir para que los Estados adopten decisiones apropiadas para el mejoramiento de la salud y el bienestar social. Nuestra licenciatura asume plenamente el principio de la Atención Primaria de Salud[2], esta atención representa la forma más amplia y general que busca crear, fortalecer y ampliar las oportunidades reales para que sean posibles las decisiones saludables; esta disciplina

[2] En la asamblea realizada por la OMS 1977, se estableció la política de salud llamada "Salud para todos en el año 2000", para poder reforzar esta política en 1978 en Alma Ata se creó una estrategia que se definió como Atención Primaria de Salud (APS). Kroeger, A; Luna, R. (1992). Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. 2ª edición. Organización Panamericana de la Salud. 5- 10. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3101/Atencion%20primaria%20de%20salud%20principios%20y%20metodos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

privilegia el control de las acciones que hacen posible el propio bienestar. Es importante reconocer que las decisiones saludables están relacionadas con los estilos de vida, pero siempre se debe enfatizar que son indispensables los accesos a los servicios de salud, la alimentación nutritiva, el saneamiento generalizado y la calidad en la educación. En los inicios de nuestra disciplina se practicaba el predominio de la corriente hegemónica; ésta, era una condición que podemos concebir como dictatorial porque invisibilizaba respecto a la salud sus determinaciones socio-históricas.

Estas determinaciones son las que Juan Manuel Castro (2011) identifica cuando considera que mucho más allá de las acciones preventivas, lo que realmente importa son las prácticas participativas de los métodos desarrollados por la educación popular liberadora[3]. El intercambio horizontal de los conocimientos que están relacionados con la salud social y el ejercicio constante de las acciones colectivas permiten transformar las condiciones de vida, cuando ese intercambio horizontal cruza las fronteras de la acción preventiva, impulsa una movilización social emancipadora, radicalmente comprometida con el bienestar social y el desarrollo humano integral (Castro et al, 2011).

Dina Czeresnia y Carlos Machado (2008) exponen que, en 1946, Henry E. Sigerist, siendo pionero en la conceptualización de la promoción de la salud, afirmó que fomentar la salud implica crear entornos que brinden condiciones de vida dignas, promuevan la educación, impulse la cultura física y se ofrezca oportunidades para el ocio y el descanso, así como también asegurar

[3]Juan Manuel E. Castro explica que la educación popular liberadora es aquella que tiene proceso de intercambio de conocimientos y acciones a partir de la práctica social, considera que los participantes del proceso educativo poseen saberes complementarios y objetivos comunes de lucha para transformar las condiciones de vida y cruzar las fronteras de la acción sanitaria hacia una movilización social transformadora, comprometida con el bienestar y el desarrollo humano… Castro, J., González, R. & Moreno, L. (2011). Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida. Ciudad de México: McGraw. Hill, Ed. En: https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1459

buenos estándares laborales. Dos años después, en 1948, surgió la Organización Mundial de la Salud, con el propósito esencial de promover la solidaridad internacional[4]; y en 1965, Leavell & Clark plantearon que las acciones preventivas son indispensables para el desarrollo de una salud global (Véase en el anexo el cuadro 1). Estos autores destacaron dos elementos importantes: la educación y la estimulación sanitaria para el establecimiento de un patrón de nutrición y de atención a las necesidades cuya satisfacción permite un óptimo desarrollo personal (Czeresnia & Machado, 2008).

Como se ha visto, la perspectiva hegemónica establece prácticas de atención inmediata; esta perspectiva además culpabiliza a quienes concibe como pacientes y les dice: –No hagan esto, no hagan aquello y por favor cuiden su salud–. La perspectiva hegemónica no rebasa el ámbito personal y dirige la intervención hacia el cuidado de los aspectos corporales. En esta perspectiva los médicos son los que deciden todo lo que concierne a la salud de las personas. En tal sentido, nos parece pertinente señala que Czeresnia y Machado (2008) describen a las medidas preventivas como las acciones dirigidas a prevenir la manifestación de enfermedades particulares, disminuyendo su frecuencia y prevalencia en las comunidades. La fundamentación del enfoque preventivo se sustenta en el conocimiento epidemiológico contemporáneo, y su propósito consiste en gestionar la transmisión de enfermedades infecciosas, así como en disminuir el riesgo de padecimientos degenerativos u otras afectaciones específicas para la salud.

En 1984, Milton Terris afirmó que había llegado una nueva era en la planificación de la salud. Así se produjo un cambio importante porque desde la preocupación casi exclusiva por los

[4] Para el término de la segunda guerra mundial (1945), se dio el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud (**OMS**,1948), como necesidad de ayudar a las poblaciones civiles. Cueto, M., Brow, T., & Fee, E. (2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. (Vol. XXXVIII). Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3834959.pdf

recursos de salud, se enfatizó el valor fundamental de los resultados. La cuestión principal radicaba en que no sólo era necesario planificar los servicios de atención a la enfermedad, sino también reducir los factores de riesgo individuales.

Esa propuesta fue muy ingenua y optimista, porque asumía que sólo eran necesarios cambios de conducta y no consideró los aspectos éticos implicados en ese cambio; pero tal propuesta al menos mostró que la planificación de la salud debía considerar el campo social. Después de la planificación para el control de los factores de riesgo, la proyección de la salud rebasó el nivel del comportamiento individual y llegó a considerar la acción política (OPS, 1996).

Este nuevo campo de trabajo de la salud pública, Ilona Kickbusch (1986) lo expone como propio de la promoción de la salud; campo que exige una nueva epidemiología social que involucra temas relacionados con el debate público y la colaboración entre individuos y grupos; epidemiología que debe producir datos útiles para la elaboración de políticas públicas, la planificación de estrategias, el desarrollo de programas de interés social y el incremento de los recursos para la salud comunitaria.

Así, la promoción de la salud arribó al nivel de la acción intersectorial entre las políticas públicas y las instituciones involucradas (OPS, 1996). Entonces se llevó a cabo la primera conferencia mundial directamente relacionada con la promoción de la salud, en Canadá, Ottawa (1986); conferencia en la que se estableció que:

> es necesario proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus

aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (OPS, 1996:367).

María del Consuelo Chapela (2007), de manera resumida, refiere nueve conferencias sobre la promoción de la salud que surgieron después de la Carta de Ottawa (véase en el anexo, cuadro 2); todos estos encuentros fueron organizados por la Organización Mundial de la Salud. En ellos la promoción de la salud fue reconocida como una práctica fundamental de la atención primaria; posteriormente, en las conferencias de Yakarta (1997) y, Sundsvall (1991) el empoderamiento personal y social fue asumido como un elemento clave para la promoción de la salud. En Bangkok (2005), se plantearon cuatro compromisos prioritarios para promover la salud y el desarrollo global. En esta misma conferencia quedó establecido que todos los sectores gubernamentales y de la sociedad civil tienen que defender la salud desde la perspectiva de los derechos humanos y la solidaridad social; también quedó establecido que son necesarias políticas, acciones e infraestructuras sustentables que permitan atender a conjuntos sociales cada vez más amplios; desde ese momento sabemos que es necesario construir alianzas entre organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales y de la sociedad civil para crear acciones saludables y sustentables (Chapela, 2007).

Desafortunadamente, estas conferencias también nos permitieron entender que por lo general las políticas públicas se quedan en anhelos que no se concretan y que los ambientes saludables parecen ser inalcanzables utopías. Lo grave es que los conceptos de equidad y bienestar se convirtieron estándares a seguir que fueron coptados por el poder hegemónico, este poder nuevamente orienta todas las acciones importantes en torno a la enfermedad. El compromiso de los gobiernos queda reducido a la repetición de discursos que postula la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); estos son simples

discursos retóricos, pero frente a ellos la atención primaria continúa consolidándose.

En este prometedor horizonte, Czeresnia y Machado (2008) destacan las perspectivas de la Medicina Social en América Latina y de la Salud Colectiva en Brasil. Indican que la alternativa consiste en darle un nuevo valor a la aproximación complementaria para desarrollar modelos científicos que impacten en la acción, utilizando otras formas de lenguaje y comprensión de la realidad, tal como el arte, la filosofía y la política. Por otro lado, la NOM-043-SSA2-2012, concibe a la promoción de la salud como:

> el proceso que permite fortalecer los conocimientos y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación del estado de salud individual y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud (SEGOB, 2013).

Estos nuevos enfoques propician que las personas identifiquen y confronten las prácticas que instaura el poder hegemónico: por ejemplo, si alguien acude a un centro de salud, observará que el médico, la enfermera o el trabajador social le dicen qué tiene que dejar de hacer para mantener su salud o restablecerla, pero con su postura crítica esa persona observará que son insuficientes las campañas para la detección de problemas de salud como medidas de prevención específica; porque a las personas no se les explican las determinaciones socio-históricas de tales enfermedades y sólo se les recomiendan estilos de vida que son nombrados saludables.

En los casos en los que se detectan enfermedades se administran tratamientos farmacológicos sin que se proporcione información socio-histórica crucial; entonces esa persona criticará que año tras año continúen las simples campañas de prevención. Prevención que

también establece lo que se considera el peso ideal, según edad y sexo, pero omitiéndose la información que está relacionada con las determinaciones que provocan que la mayoría de la población se encuentren fuera de los estándares oficiales; además esas personas son concebidas como culpables por no estar ubicadas dentro de los rangos estadísticos del anunciado peso ideal.

En relación Dina Czeresnia y Carlos 2008 la palabra promover es mucho más contundente y significativa que el término prevención: promover significa producir y generar las estrategias que enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas que se deben abordar; este enfoque evidentemente demanda un abordaje intersectorial porque rebasa el aspecto individual.

La promoción de la salud va más allá de sólo recomendar un estilo de vida saludable, porque el promotor de salud considera las determinaciones sociales y los derechos humanos; este profesional promueve el empoderamiento de la población y ayuda a que las poblaciones reconozcan sus necesidades esenciales; también anima a las personas para que concreten sus aspiraciones y les impulsa a informarse, dudar y a tomar no sólo conciencia individual sino también social para generar sinergias emancipadoras cada vez más amplias. Durante la pandemia del COVID-19, por ejemplo, muchas personas modificaron sus hábitos gracias a la información que se estaba difundiendo; tejieron redes en las que compartieron experiencias de cuidado personal, familiar y comunitario; fueron además visibilizadas las condiciones estructurales que generan inequidad y vulnerabilidad.

1.3. El paradigma socio-histórico y emancipador

Por todo lo expuesto es comprensible que hayamos rechazado el paradigma hegemónico, cuyas recomendaciones se reducen a los tratamientos farmacológicos, las acciones preventivas y el

fomento de estilos de vida que son nombrados saludables. Frente a esto nos pareció mucho más pertinente desarrollar nuestro trabajo desde el paradigma alternativo de la promoción de la salud; paradigma que involucra dos modelos que son mutuamente complementarios: el socio-histórico y el emancipador. El primer modelo privilegia el estudio de la realidad concreta y el segundo asume que es indispensable la conciencia correcta y compleja de lo real.

Al respecto, coincidimos con la noción de Chapela (2008) sobre que el ser humano se encuentra inmerso en dinámicas de poder y dominación, convirtiéndose en un instrumento para la consolidación de la hegemonía. Su utilidad está directamente relacionada con su capacidad para ser productivo y subyugado a los intereses dominantes. En este contexto, la consecución de los objetivos hegemónicos implica la ruptura de la integridad individual, controlando el cuerpo y limitando la libertad de las personas. La promoción de la salud alternativa surge como respuesta a las luchas de poder, buscando alcanzar un estado de salud integral para la mayoría de la población. Este enfoque se centra en la reducción de las desigualdades, la promoción de la justicia social y el cuestionamiento de las prácticas médicas deficientes, así como la disminución de los costos en el ámbito de la salud. Este paradigma ha evolucionado a lo largo del tiempo, ganando relevancia en respuesta a las cambiantes necesidades de la población.

Mirar los procesos de salud-enfermedad desde este modelo nos ofrece un amplio panorama que involucra lo personal, lo social y lo histórico. Este enfoque considera la crisis ambiental en que estamos inmersos y la precariedad económica en la que se encuentran las abrumadoras mayorías. Estas son dificultades extraordinarias que continuamente se incrementan y que nos obligan a ampliar y consolidar el paradigma alternativo de la salud. Paradigma cuyas estrategias procuran maximizar las virtudes individuales y colectivas que se encuentran constreñidas por las imposiciones que instaura el poder hegemónico.

Estas férreas limitaciones les permiten afirmar a Yesenia Emeterio, Cortes Guadalupe, Rubín, José Alejandro y otros autores (2018) que la labor del promotor de salud también se vincula en la forma en que las personas viven se desarrollan, enferman y mueren esto en relación con la necesidad de ejercer la lucha de la inequidades; Por ello la labor del promotor de salud se orienta hacia la construcción de un futuro auténticamente humano y para la correcta visualización de tal futuro, es indispensable el conocimiento histórico, pero también el intercambio horizontal de los conocimientos en los que se reconoce al otro con la complejidad que representan sus percepciones, sus problemas y sus espacios sociales de pertenencia; intercambio solidario por el que la reflexión, la comprensión y las acciones colectivas surgen. La imaginación, el pensamiento y el trabajo creativo son capacidades que pueden fortalecerse o debilitarse según sean las circunstancias en las que las personas se encuentran, y para impulsar su emancipación, el promotor de salud propicia el diálogo, la socio-reflexión y el auto-cuestionamiento. Esto les permiten a las personas analizar su realidad, cuestionar sus percepciones y comprender cómo las circunstancias sociales influyen en su bienestar o en su desesperanza; el promotor de salud procura que mediante el análisis crítico de su realidad socio-histórica, las personas puedan moldear su presente y construir su futuro en forma consciente y saludable.

Un ejemplo de este paradigma alternativo lo tenemos en las comunidades zapatistas[5] del sur de nuestro país, donde en a través todas esas comunidades se está fortalecimiento el empoderamiento de quienes las integran, así como el desarrollo personal generalizado, lo que

[5] Las comunidades zapatiastas son una forma de organización… leer más al respecto se recomienda la siguiente lectura: zapatismo expuesto en el artículo de Caracol, E. A. (2008). Salud y comunidad en la otra Latinoamérica, Historia de los de abajo. En *Cap1: Zapatismo y otra salud*. (págs. 7-24). San Salvador: Equipo Multidisciplinario Salud y Comunidad.

muestra que es posible la construcción de un mundo más saludable y justo. El zapatismo evidencia una perspectiva alternativa y enriquecedora sobre la promoción de la salud. La comunidad zapatista, al enfrentar la falta de servicios de salud, discriminación y abandono gubernamental, opta por una aproximación autónoma y colectiva para abordar sus necesidades de salud.

En contraste con la concepción convencional de la salud como un servicio mercantil, los zapatistas conciben la salud como un proceso integral arraigado en sus cosmovisiones. Su enfoque se centra en la organización comunitaria, promoviendo prácticas médicas propias, aprendizaje mutuo y solidaridad. A través del diálogo y la discusión, buscan alternativas de curación y prevención, construyendo una salud que refleje sus valores y necesidades particulares.

Es destacable la estructura comunitaria de los zapatistas, donde prevalece el "nosotros" sobre el "yo". Esta dimensión colectiva refuerza su identidad cultural y civilizatoria, reconociendo la interdependencia en todas las actividades cotidianas y relaciones sociales. Este enfoque contrasta con la modernidad europeo-occidental, al sostener una resistencia indígena que abraza una visión holística del cuerpo humano. A medida que buscan el empoderamiento para satisfacer sus necesidades, los zapatistas logran un desarrollo personal que contribuye a la salud integral de la comunidad. Este cambio social más saludable se convierte en un objetivo compartido, fortaleciendo las variables sociales y fomentando una vida comunitaria más saludable.

En resumen, el paradigma alternativo con su modelo socio-histórico y el emancipador, se aleja de la visión positivista puramente biomédica de la salud y avanza hacia la profunda comprensión contextualizada de los procesos que influyen en el bienestar de las personas y sus comunidades.

1.4. Determinantes sociales de la salud

En este punto, nos es interesante destacar a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para dar continuidad al desarrollo de este trabajo, pues las circunstancias en que las personas nacen, se desarrollan, trabajan y mueren, mediante los contextos socioeconómicos y políticos, posición socioeconómica, las estructuras materiales, biológicas y psicosociales (OPS,2022), nos permiten entender el desenlace y las condiciones en que un problema de salud conlleva de manera amplia, desde las circunstancias macro a micro; de manera explícita las Determinantes Sociales de la Salud son un instrumento para la promoción de la salud.

En relación, la identificación de los determinantes sociales de la salud inició con lo que es referido como el Informe de Mac Lalonde (1974)[6], quien al investigar por qué en su país ocurrían muchas muertes, encontró que eran producidas por la interacción de cuatro dimensiones importantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de la atención de salud. En este mismo sentido Mónica de la Torre y Alfredo Oyola (2014), consideran que los determinantes sociales de la salud tienen tres características: la intersectorialidad, la promoción de la salud y la equidad. Estas tres dimensiones interactúan con el sector social, el económico y el sanitario; todo esto puede ser categorizado como determinantes estructurales y determinantes intermedios (Véase en el anexo la imagen 1).

- Determinantes estructurales: estos son el contexto socioeconómico y político, que producen la estratificación y las diferencias sociales; diferencias que son visibles por las

[6] Lalonde, M. (1974). La buena salud es la base sobre la que se construye el progreso social. una nación de personas sanas puede hacer aquellas cosas que hacen que la vida valga la pena y, a medida que aumenta el nivel. La salud aumenta y también el potencial de felicidad. Para leer más al respecto leer: A New Perspective on the Health of Canadians. Canada- Ottawa: Minister of National Health and Welfare. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10204/informe-lalonde.pdf

circunstancias materiales en las que viven y se desarrollan las personas. el elemento central de esta dimensión es la gobernanza institucionalizada, pues es la responsable de proporcionarles a los ciudadanos protección, bienestar, educación y fuentes de ingresos económicos (De la torre & Oyola, 2014).

- Determinantes intermedios: son las condiciones materiales, las psicosociales y las socio-ambientales; también lo biológico y lo conductual. Aquí el sistema de salud es un determinante social intermediario; es el vínculo que acentúa las inequidades relacionadas directamente con la salud, siendo uno de los ejes más importantes que pueden o no proporcionar bienestar personal y social (De la torre & Oyola, 2014).

Todos los determinantes estructurales configuran el nivel Macro-Estructural que ninguna persona puede individualmente modificar. En este nivel actúan los modos de producción y las relaciones de producción, y el estudio de este nivel ha producido los conocimientos que son referidos como materialismo histórico.

Tales conocimientos permiten entender que cuando los medios de producción les son ajenos a los trabajadores, ellos viven una condición mórbida que el materialismo histórico nombra alienación[7], y que actualmente es reforzada por la mayoría de los medios de comunicación (los tradicionales como la prensa o la televisión y los medios de comunicación modernos, como las redes digitales o la inteligencia artificial) (Véase en anexo mapa conceptual).

Es crucial comprender que la alienación estructural tiene como fundamento la condición

[7] Desde las determinantes estructurales se maneja la alienación, y el control de la determinación social; hoy en dia, por medio de las redes sociales y medios de comunicación, permitiendo así, una alienación de la población, produciendo la distribución inequitativa de bienes y servicios, circunstancias más adelante permitirán dar el entendimiento al desarrollo de este análisis.

histórica por la que los medios de producción les son ajenos a los trabajadores; ellos interactúan con esos medios y lo que producen tampoco les pertenece; esa alienación continuamente es reforzada por la mayoría de los medios de comunicación y por todo esto es estructuralmente inequitativa la distribución de los bienes y servicios. Las determinaciones estructurales producen directamente lo anterior y mediante las determinaciones intermedias surge la alienación; es decir, poblaciones mentalmente enfermas, pero también con condiciones orgánicas mórbidas, y todo esto queda perfectamente evidenciado por la intensa producción de alimentos ultra-procesados que tienen un bajo o nulo nivel nutricional.

En este orden de ideas, es importante enfatizar que entre las determinaciones estructurales y las determinaciones intermedias existen una gran cohesión y una mutua consolidación. Esto representa para los promotores de salud un magno desafío que sólo puede ser enfrentado desde su libertad de conciencia y la potenciación de los recursos que existen entre las poblaciones; pues estos recursos pueden ser saludablemente orientados. Nuestra profesión, por ejemplo, promueve la participación de las poblaciones urbanas y rurales para que ellas influyan en las políticas públicas que están directamente relacionadas con su bienestar. Las inequidades sociales también deben ser atendidas por el promotor de salud, y esto lo describen los autores Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González lo expresa así:

> cuando se hace pública la evidencia científica sobre los efectos negativos en la salud derivados de la inequidad social y de la injusticia no sólo se está difundiendo una evidencia, también se está haciendo una denuncia que contribuye a la difusión del conocimiento académico de las causas de las enfermedades y la movilización de aquellos agentes sociales interesados (Eibenschutz, Tamez, & González, 2011:25).

Es importante promover vínculos entre los diversos movimientos sociales reivindicativos y entre las múltiples resistencias populares que espontáneamente surgen en defensa de su salud. Estos procesos sociales se enfrentan directa e indirectamente a las clases dominantes, porque sus imposiciones les impiden una vida saludable, y porque las personas experimentan como benéficos todos sus anhelos de dignidad y libertad; estos anhelos les son muy significativos y también les generan sentidos que los orientan hacia el logro de una vida que puede ser cada vez mejor.

La injusticia y la impotencia social son experimentadas como condiciones no saludables, por ello muchos movimientos sociales reivindican su derecho a la salud como uno de los principales derechos humanos; entonces las inequidades son asumidas como condiciones inmorales que les impiden incluso la satisfacción de las necesidades básicas; más cuando las desigualdades sociales son evitables y no están férreamente determinadas por alguna condición biológica.

Parafraseando a Eibenschuz et al (2011), podemos precisar que nuestra profesión tiene como objetivo lograr la equidad en salud como un asunto de justicia social, mediante la distribución de la riqueza y mediante políticas gubernamentales que reduzcan las desigualdades sociales. Esto implica que como promotores de salud debemos visibilizar las determinaciones que instaura el paradigma dominante porque son las que enferman a las poblaciones explotadas, marginadas que además son culpabilizadas por, supuestamente, el estilo de vida que han elegido.

Para concluir, reiteramos que en el paradigma alternativo de la promoción de la salud, es elemental el primer nivel de atención, el cual atiende a poblaciones que son víctimas de las condiciones estructurales, que les hacen sufrir una amplia gama de enfermedades y las obligan

a vivir inmersas en ambientes éticamente inaceptables. El promotor de salud no se dedica a eliminar enfermedades que constantemente reaparecen y se incrementan; trabaja para erradicar, en la medida de sus posibilidades, las inequidades y contribuye a que se reestructuren adecuadamente las políticas públicas; por ello la Organización Panamericana de la Salud define a la promoción de la salud como: "el proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar su estado de salud" (OPS, 1996). Esta disciplina se ha convertido en un magno proceso unificador de todo lo que mejora las condiciones de existencia y fomenta formas más saludables de vida.

En cuanto al aporte de Juan Manuel Castro et al (2011), éste hace explícito que la promoción de la salud es un proceso que detona decisiones saludables en, y entre los individuos y las colectividades; sus cinco ámbitos de acción son las políticas públicas, los entornos saludables, las acciones comunitarias, el fomento de aptitudes personales y la reorientación de los servicios. La promoción alternativa de la salud siempre procura incidir en las determinaciones sociales y en el empoderamiento personal y social, mediante ocho líneas estratégicas: información, comunicación, educación, sistematización de experiencias, abogacía, investigación-acción, planeación y evaluación (Castro, 2011). Véase también el cuadro 3.

2. Capítulo ll Reconstrucción teórica de la obesidad

2.1. Determinación socio-histórica desde el paradigma biomédico de la obesidad

La obesidad es un trastorno de la salud crónico que ha adquirido una dimensión alarmante en los países desarrollados, convirtiéndose en una de las principales alteraciones que son provocadas por la inadecuada nutrición. Desde las últimas décadas su prevalencia se ha incrementado y ésta, ha propiciado tasas alarmantes de mortalidad por su relación con otras enfermedades crónicas. La obesidad es el resultado de la interacción entre la genética, la fisiología, el metabolismo, el medio ambiente y la cultura.

En todas las especies animales la energía metabólica asimétrica (energía acumulada) puede considerarse como una condición necesaria para la sobrevivencia durante los tiempos difíciles (Méndez & Uribe, 2002). Es decir, la alimentación excesiva les permite a los organismos almacenar la energía que podrán utilizar cuando lo requieran; pero estas condiciones ya no son imprescindibles en las sociedades humanas modernas. Por ello, debemos abordar el consumo de alimentos ultraprocesados y su relación con la obesidad; abordaje que realizaremos desde la perspectiva de la promoción de la salud que hemos expuesto.

La obesidad no puede considerarse simplemente como una cuestión biológica, sino un factor limitante, pues para nosotras, es notorio que está directamente relacionada con procesos sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales, puesto que vivimos en un entorno complejo cuyas múltiples determinaciones influyen directa e indirectamente en los hábitos alimenticios.

En pocas palabras: la proliferación de los alimentos ultraprocesados es una de las principales causas relacionadas con la actual crisis de obesidad. Los productos

ultraprocesados por lo general tienen altos niveles de calorías, grasas saturadas, azúcares y sodio; son elaborados con muy bajos niveles de inversión económica y su baja calidad nutritiva les asegura a las compañías ganancias muy lucrativas. Ese es el propósito de las empresas capitalistas y para alcanzarlo actualmente utilizan lo que nombran "estrategias agresivas de neuro-marketing", tema que desarrollaremos en los siguientes capítulos. Estas son estrategias muy sofisticadas y con ellas las grandes compañías que producen alimentos ultraprocesados también crean las subjetividades que desean irresistiblemente consumir sus productos, pues están específicamente diseñados para deleitar nuestro paladar.

Entonces, si a la influencia de la publicidad se les añade el difícil acceso a los alimentos saludables, también la limitada disponibilidad de espacios para la actividad física y los hábitos sedentarios que predominan en las ciudades modernas, es comprensible que la obesidad sea una de las condiciones corporales con muy alta prevalencia.

Desde el paradigma biomédico se estipula que la obesidad es producida por un desequilibrio energético y este desequilibrio se mide con lo que se conoce como el Índice de Masa Corporal (IMC), y a partir de ello se le da una clasificación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al sobrepeso y obesidad de la siguiente manera (Sánchez, Pichardo & López, 2004: 6, 8, 9):

Clasificación	**IMC**	**Riesgo**	**Aumento**	**Muy severo**
Bajo peso	< 18.5	Bajo	≥ 94	≥ 102
Normal	18.5 - 24.9	Promedio		
Sobrepeso	≥25			
Pre-Obeso	25.0 - 29.9	Aumentado	≥ 80	≥ 88
Obesidad l	30.0- 34.9	Moderado		
Obesidad ll	35.0- 39.9	Grave		
Obesidad lll	≥40			

(Sánchez, Pichardo & López, 2004: 6, 8, 9).

Como vemos y de acuerdo con los especialistas, es fundamental tener en cuenta que esta clasificación es sólo una guía general y que otros factores individuales pueden influir en el riesgo de comorbilidades asociadas al sobrepeso y la obesidad.

La relación entre el peso de una persona y su altura al cuadrado es el índice de su masa corporal, y la NOM-043-SSA-2012 define la obesidad como una enfermedad que se caracteriza por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Este exceso ocurre cuando en las personas adultas que son consideradas altas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m^2 y cuando en las personas adultas de estatura baja el IMC es igual o mayor a $25kg/m^2$. En esta misma categorización los menores de diecinueve años presentan obesidad cuando su IMC se encuentra después del percentil 95 de las tablas para edad y sexo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (SEGOB, 2013). Pero estas medidas varían según los países e incluso las etnias; por ello es cada vez más aceptado un sencillo procedimiento que aporta lo que se conoce como el Índice de Cintura-Cadera (ICC). Este índice se obtiene al medirse la cintura de una persona y está relacionado con la distribución de la grasa abdominal y sus puntos de corte (Méndez & Uribe, 2002).

En relación con el ICC Claudia P. Sánchez et al (2004), en su artículo Epidemiología de la obesidad, establecen umbrales específicos para evaluar el riesgo de salud en función del género y la ubicación geográfica, en este caso, México. Estos puntos de corte se comparan con los establecidos por la OMS.

Para los hombres mexicanos, se considera un inicio de riesgo si la circunferencia de cintura es igual o mayor a 75 cm, mientras que, para las mujeres mexicanas, este punto de inicio se establece en 70 cm. En cuanto al riesgo alto, se define para hombres cuando la circunferencia

de cintura es igual o mayor a 90 cm, y para mujeres también es igual o mayor a 90 cm (Sánchez et al, 2004: 6, 8, 9).

El paradigma hegemónico ha definido tres rangos de obesidad que inician desde la más leve y terminan con la que es considerada como exagerada cada grado tiene características específicas en términos de tratamiento y riesgos para la salud (Morales, 2010: 145-156).

- Obesidad Grado 1 (IMC 30-34.9 kg/m2): En esta situación, se recomienda la intervención médica y el tratamiento. Es fundamental abordar las comorbilidades asociadas, y se establece un objetivo de reducir el peso corporal en al menos un 10% en un plazo de aproximadamente seis meses. La estrategia terapéutica puede incluir una combinación de dieta, actividad física, modificación conductual y, en algunos casos, fármacos.

- Obesidad Grado 2 (IMC 35-39.9 kg/m2): En este grado, el riesgo para la salud y las comorbilidades puede ser significativo, afectando también la calidad de vida. El enfoque terapéutico es similar al grado anterior, pero se establecen metas que buscan superar la pérdida del 10% del peso corporal. Si no se logran estos objetivos en un plazo razonable y el paciente experimenta comorbilidades significativas, se sugiere la remisión a una unidad hospitalaria especializada para evaluar otras medidas terapéuticas, como dietas de muy bajo contenido calórico o cirugía bariátrica.

- Obesidad Grado 3 (IMC igual o mayor a 40 kg/m2): Conocida como obesidad mórbida, este grado puede tener graves implicaciones para la salud y la calidad de vida. Lograr una pérdida estable del 10% del peso corporal puede representar mejoras, pero rara vez es suficiente. La pérdida de peso deseada, que puede llegar al 20%-30% o más en casos de obesidad extrema, generalmente solo se alcanza mediante la cirugía bariátrica. Se recomienda la remisión a unidades hospitalarias especializadas para considerar medidas

terapéuticas excepcionales, como dietas de muy bajo contenido calórico, y evaluar la idoneidad de la cirugía bariátrica, siempre que el paciente cumpla con los criterios establecidos en los protocolos correspondientes (Morales, 2010: 145-156).

Otra clasificación refiere a los perfiles antropométricos y puede clasificarse de diversas maneras según las circunstancias de cada persona. Naidelin Alonso y Arcelia González (2019) proponen los siguientes tipos de obesidad:

1.- Obesidad exógena:

Caracterizada por un aumento de peso debido a una alimentación excesiva. En este caso, la causa principal de la obesidad está vinculada a los hábitos alimenticios y al consumo excesivo de calorías.

2.- Obesidad endógena:

Se relaciona con alteraciones metabólicas en el cuerpo. Dentro de esta categoría, se distingue la obesidad endocrina, la cual está provocada por disfunciones en glándulas endocrinas como la tiroides (obesidad hipotiroidea) o por deficiencia de hormonas sexuales, como en el caso de la obesidad gonadal.

3.- Obesidad androide:

Más común en hombres, esta obesidad se caracteriza por la acumulación de masa adiposa en la parte superior del cuerpo, debido a la influencia de la testosterona y los corticoides. La hiper-ingesta es una característica destacada, y las complicaciones suelen ser de naturaleza metabólica, como diabetes, arterosclerosis, hiperuricemias o hiperlipemias.

4.- Obesidad ginoide:

> Usualmente se presenta en mujeres, esta obesidad se asocia con un aumento de grasa en la parte inferior del cuerpo, posiblemente influenciada por los estrógenos. A diferencia de la obesidad exógena, las mujeres con obesidad ginoide no tienen dietas altamente calóricas. Las complicaciones típicas incluyen problemas de movilidad, como la artrosis, y trastornos circulatorios, como varices (Alonso & González, 2019: 22).

Por otro lado, un nuevo sistema categoriza a la obesidad en función de sus riesgos para la salud; este es uno de los más precisos pues establece cinco categorías de obesidad y es conocido como el Sistema Edmonton (EOSS) (Firman, 2020) Véase en anexo cuadro 4.

Algunos reportes científicos indican que los adultos que sufrieron desnutrición durante su gestación o durante su infancia, son particularmente sensibles a desencadenar obesidad abdominal y síndrome metabólico en la vida adulta; esto los predispone a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria y algunos tipos de cáncer (Sánchez et al, 2004: 6, 8, 9). Por ello el gobierno de México ha declarado que la obesidad y el sobrepeso son enfermedades crónico-degenerativas que deben ser tratadas por especialistas; específicamente por médicos bariatras, quienes son los que atienden padecimientos complejos como el que surge por la interrelación de la diabetes, el hígado graso y la hipertensión (GOB, 2021). Véase en anexo cuadro 5.

Todas estas líneas de acción quedan constreñidas dentro de los parámetros que establece el paradigma hegemónico y esta limitación también la presentan otros enfoques que se anuncian como interdisciplinarios. En todos ellos se responsabiliza al sujeto de su condición mórbida y siempre se invisibilizan las determinaciones socio-históricas de la obesidad pues la salud y la enfermedad es un tema a entenderse con amplitud panorámica, siendo una enfermedad multifactorial que debe ser vista desde la perspectiva

multidisciplinaria.

La NOM-008-SSA3-2017, encargada para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, refiere por igual al sobrepeso y la obesidad, como condiciones que se relacionan con la susceptibilidad genética, con trastornos psicológicos, sociales y metabólicos; que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y algunas neoplasias en mama, endometrio, colón, próstata, entre otros padecimientos. En esta conceptualización se amplía la complejidad que un desbalance energético conlleva (SEGOB, 2018).

En resumen, la obesidad funge como factor determinante para desarrollar otras enfermedades crónico-degenerativas, que van deteriorando el proceso de salud- enfermedad, disminuyendo la calidad de vida e incluso llegando a la muerte. Desde el punto de vista alternativo creemos que estas definiciones enfatizan la responsabilidad del sujeto y como en la definición de la OMS, estipulamos que la obesidad es principalmente adquirida por las determinantes sociales que condicionan nuestros hábitos, estilos de vida e incluso nuestra cultura.

2.2. Prevalencias de la obesidad en México

La Norma Oficial Mexicana-008-SSA3-2017 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021, no establecen diferencias entre obesidad y sobrepeso; esto genera confusiones y dificulta la interpretación de los datos; sólo se observa un incremento en la prevalencia, pero no es posible la identificación de una cronología precisa. Lo alarmante es que, en el 2017, México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial y se ubica en el primer lugar de obesidad infantil. En la población adulta mayor de veinte años la prevalencia combinada de sobrepeso y

obesidad pasó del 71.2% en 2012 al 72.5% en 2016; por ello por primera vez se emitió una alerta epidemiológica. En esa ocasión fueron recomendadas acciones psicoconductuales y nutricionales para modificar los hábitos alimenticios nocivos (SEGOB, 2018).

Así, el gobierno consideró que las personas son las que generan este problema de salud pública, e incluso, normalizó mediante campañas de salud: "menos diabetes, más salud" (SSA, 2017) el vivir bien con enfermedades crónico degenerativas minimizando su gravedad y guardando absoluto silencio respecto a las industrias de los alimentos ultraprocesados (GOB, 2017).

Para el 2021 la Encuesta Nacional Salud y Nutrición sobre el COVID-19 indicó que el 72.4% de la población con veinte años o más tuvo sobrepeso y obesidad; que la población de los doce a los diecinueve años el 42.9% también tuvo sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2022). Con relación al año 2022 el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, la Dirección General de Epidemiología y La Secretaría de Salud publicaron una tabla donde se muestra que la obesidad es la séptima enfermedad a nivel nacional, con un total anual de 821,255 personas (SUIVE, 2022). Estos porcentajes están estrechamente relacionados con la mala alimentación y los entornos que promueven el alto consumo de bebidas azucaradas y de alimentos ultraprocesados; especialmente entre niños y adolescentes.

Asimismo, ENSANUT, 2022 indicó que entre los adultos mexicanos la obesidad es una de tasas más altas del mundo y se enfatizó que, aunque esta enfermedad está asociada a los factores de riesgo más frecuentes, la obesidad es uno de los principales factores modificables de muerte prematura a nivel mundial. No obstante, la obesidad provoca la muerte de tres millones de adultos cada año (Campos et al, 2023).

2.3. Síndrome metabólico y enfermedades crónico-degenerativas

Las enfermedades crónicodegenerativas producen alteraciones fisiopatológicas complejas y éstas, quedan comprendidas en la triada de los radicales libres (estrés-oxidativo), la inflamación crónica de baja intensidad-autoinmunidad y la apoptosis. La obesidad abdominal, la diabetes mellitus tipo 2, las dislipidemias y las enfermedades del corazón son enfermedades crónico-degenerativas frecuentes (González, Dávila, & Jorge, 2015).

Así mismo, Carlos Andrés Pineda (2008), en su artículo *Síndrome metabólico: definición, historia, criterios,* define algunas de las principales enfermedades de esta interrelación:

- Diabetes mellitus tipo 2: Esta enfermedad endocrinometabólica se caracteriza por la elevación de los niveles de glucosa en sangre. La lipotoxicidad desempeña un papel crucial, ya que la acumulación excesiva de triglicéridos en los islotes pancreáticos puede provocar la apoptosis de las células beta, conduciendo a la pérdida progresiva de la capacidad de compensar la resistencia a la insulina.

- Obesidad abdominal: La acumulación de grasa a nivel visceral, especialmente en órganos como el hígado, músculo y páncreas, está relacionada con la disfunción de adipocitos y macrófagos. Este desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico, junto con factores biológicos, psicológicos y sociales, contribuye a la complejidad de la obesidad.

- Dislipidemias: La incapacidad de la insulina para inhibir la lipólisis conduce a un aumento en la liberación de Ácidos Grasos Libres (AGL), contribuyendo a la hipertrigliceridemia y a niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad (LDL), así como a bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Hipertensión arterial: La hipertensión aumenta el riesgo de complicaciones en la retina, riñones y corazón. La relación entre hipertensión y resistencia a la insulina se atribuye a la hiperinsulinemia compensatoria, que afecta la reabsorción de sodio y agua en el túbulo proximal renal, junto con el estímulo del crecimiento endotelial y la disfunción endotelial (Pineda, 2008: 101- 104).

Además de estas, otros factores como la trombogénesis, tabaquismo, sedentarismo, síndrome de ovario poliquístico y la edad también pueden contribuir al síndrome metabólico, ampliando la complejidad de las interrelaciones en el contexto de la salud pública.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía reportó las defunciones registradas de enero a junio del 2022, destacando que a nivel nacional las defunciones por enfermedades del corazón fueron 105,864 y el segundo lugar fue ocupado por la diabetes mellitus con 59,996 defunciones (INEGI, 2023) Véase en anexo imagen 2.

En marzo del 2023, el Instituto Nacional de Salud Pública indicó que la obesidad estuvo relacionada con el 49% de las muertes provocadas por enfermedades del corazón; la obesidad también estuvo relacionada con el 56% de las personas con diabetes; con el 35% de quienes tenían tumores malignos; con el 18% de las enfermedades hepáticas y con el 26% de las enfermedades cardiovasculares. Estos padecimientos están asociados en forma directa o indirecta con el síndrome metabólico; es decir, con el conjunto de anormalidades bioquímicas que tienen las personas que han sido previamente diagnosticadas con obesidad; lo que indica que esta alteración muy frecuentemente está acompañada de una segunda enfermedad crónico-degenerativa.

Existen parámetros que han sido establecidos por la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones para diagnosticar el síndrome metabólico (Pineda, 2008) (véase en anexo cuadro 6). Los antecedentes familiares, los estilos de vida, la inadecuada alimentación

y otras determinaciones sociales complejizan el desenlace de estos padecimientos que exigen una atención interdisciplinaria. Varios autores describen al síndrome metabólico como una serie de desórdenes que se consideran factores de riesgo y su principal característica es la forma simultánea en la que se presentan la obesidad, dislipidemias, anormalidades en el procesamiento de la glucosa y la insulina, además de hipertensión arterial. La obesidad también está asociada a niveles altos de triglicéridos y bajos niveles del colesterol HDL; esta grasa visceral forma sustancias químicas llamadas adoquinas, que favorecen estados proinflamatorios y protrombóticos (Pereira et al, 2015).

En México el síndrome metabólico alcanza muy altos porcentajes, que oscilan entre el 41% y el 54% para los adultos mayores de cuarenta años y este síndrome también aumenta significativamente el riesgo de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares (Bustamante et al, 2021).

Cuando una persona padece de una o más anomalías del síndrome metabólico, se vuelve muy susceptible de presentar cuadros graves de otras enfermedades, como una simple gripe o incluso cáncer. Pero la obesidad es una enfermedad prevenible que no depende exclusivamente de la persona misma, sino que es provocada por múltiples factores y por ello debemos evitar que el paradigma médico dominante continue culpabilizando a las personas con obesidad, llamándolas flojas (por su sedentarismo), sin fuerza de voluntad o sin autodisciplina. Nuestra visión como promotoras de salud nos permite entender que la obesidad es una enfermedad multifactorial; enfermedad en la que intervienen incluso el estrés y ansiedad, pues contribuyen en el surgimiento de los trastornos alimenticios, e incluso, llegan a generar la aceptación de tal enfermedad. La obesidad es un problema de salud pública y su solución requiere de acciones políticas que incidan en las determinaciones estructurales que provocan la prevalencia de tal morbilidad.

2.4. Relación entre exceso de mortalidad por COVID-19 y obesidad

La obesidad abdominal puede ser el inicio de una serie de enfermedades metabólicas cuya gravedad aumenta cuando todo esto se asocia con el COVID-19. Este virus identificado en el año 2019, que fue nombrado por sus siglas en inglés *Corona Virus Disease* pertenece a la familia de los *Coronaviridae* (GOB, 2022) El COVID-19 provoca el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (el SARS-CoV-2).

Respecto a este padecimiento, Cinthya Apaza comenta que la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei en la República Popular de China), reportó el 12 de diciembre de ese mismo año, veintisiete casos que padecían una neumonía viral extraña. Posteriormente, el centro chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó un virus que fue nombrado *2019- nCoV;* ese virus en seguida fue nombrado por la Organización Mundial de la Salud como *COVID-19*. En esas circunstancias, por lo que el 11 de febrero del 2020, fue advertida la rápida propagación de ese virus para el 11 de marzo del 2020 la OMS decretó estado de pandemia; pandemia para la que no existían medicamentos apropiados ni las vacunas que pudiesen contenerla (Apaza, Seminario & Santa, 2020).

En México, el 28 de febrero del 2020 fue anunciado el primer caso de COVID-19 (un hombre de treinta y cinco años que había estado recientemente en Italia y que fue hospitalizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México). El 18 de marzo de ese mismo año ocurrió el primer fallecimiento por COVID-19, por lo que, al día siguiente, el Gobierno de México reconoció al COVID-19 como una enfermedad grave que exigía un período de cuarentena. En este contexto es importante considerar que las personas con obesidad y sobrepeso son más susceptibles de tener complicaciones cuando adquieren el SARS-CoV-2, estas complicaciones son las que Miguel Rubio e Irene Bretón (2020) exponen en su artículo titulado *"Obesidad en tiempos de*

COVID-19".

La obesidad está relacionada con un estado pro-inflamatorio de bajo grado, pero con el incremento de las citoquinas inflamatorias se produce un desequilibrio de la respuesta inmune innata; por ello las personas con obesidad tienen respuestas deficientes con los tratamientos antivirales, además de que en tales personas las vacunas también tienen una menor eficiencia; esto equivale a decir que cuando las personas con hiper-obesidad adquieren el SARS-CoV-2, no sólo tienen bajas respuesta de los Linfocitos T, sino que además se incrementa la apoptosis que provoca este virus. Esto agrava la afectación pulmonar y todo lo anterior culmina como un fallo multiorgánico por la referida infección. (Rubio & Bretón, 2020) Véase en anexo imagen 3.

Es verdad que aún no existen evidencias contundentes de infección del tejido adiposo por el SAR-CoV-2, pero Janeth Tenorio y Yamilée Hurtado (2020) indican que en pacientes infectados, la obesidad es un factor de riesgo; esto porque:

- Los mecanismos fisiopatológicos por los cuales los pacientes con infecciones respiratorias y con obesidad progresan a resultados negativos están asociados a procesos inflamatorios y de respuesta inmune (Tenorio & Hurtado, 2020: 327).

- La obesidad acentúa la síntesis de citoquinas proinflamatorias como el interferón gamma (IFN-gamma), las interleucinas (IL) y sus cascadas de reacciones que afectan funcionalmente el sistema inmune innato y humoral (Tenorio & Hurtado, 2020: 327).

- La sobrecarga de citoquinas producidas por la infección viral sumada a la síntesis de citoquinas que surge de la obesidad resulta perjudicial para los pulmones y bronquios que conducen a diferentes complicaciones respiratorias (Tenorio & Hurtado, 2020: 327).

- Para el COVID-19 se suma un mecanismo adicional y es que el virus utiliza como receptor a la enzima convertidora de angiotensina II (ACE2) para introducirse a las células humanas y multiplicarse; la importancia de este mecanismo radica en el hecho que el ACE2 es responsable de funciones cardiacas y pulmonares, lo que podría también explicar la progresión hacia diversas complicaciones (Tenorio & Hurtado, 2020: 327).

Dafina Petrova, Elena Salamanca, Miguel Rodríguez, Pilar Navarro, José J. Jiménez y María, Sánchez (2020), igualmente sustentan que la obesidad es un factor de riesgo para quienes padecen el COVID-19, en especial entre las personas más jóvenes, porque:

- Los sujetos con obesidad tienen más riesgo de desarrollar una enfermedad grave por COVID-19, pues la obesidad es un factor de riesgo para la hospitalización, el ingreso a unidades de cuidados intensivos y el desarrollo de consecuencias graves que llevan a la muerte.

- Los pacientes con obesidad severa (IMC $\geq$ 35) requieren con más frecuencia ventilación mecánica invasiva, si son comparados con pacientes delgados y esto es independiente de la edad, el sexo, la diabetes y la hipertensión arterial.

- La prevalencia de obesidad en los pacientes hospitalizados fue de un 40%, mientras que en el grupo de los no hospitalizados fue del 15%. Otro estudio reciente de 16.749 pacientes británicos confirma que la obesidad se asocia con un riesgo elevado de morir por COVID-19.

- La disbiosis intestinal es otro factor importante en la obesidad y está potencialmente involucrado en el mayor riesgo de desarrollar formas graves del SAR-CoV-2. La obesidad también está asociada a una composición debilitada del microbioma

intestinal, pues ésta participa en la regulación del sistema inmune, la protección contra la infección y la atenuación del daño que el COVID-19 puede provocar. De hecho, algunos protocolos para el tratamiento incluyen el uso de probióticos que mantienen el equilibrio de la microecología intestinal y así fortalecen indirectamente al sistema inmunológico.

- Las personas con obesidad tardan más tiempo en eliminar el virus; la capacidad limitada y retrasada de producir interferones de las personas con obesidad, contribuye a un microambiente que favorece la aparición de nuevas cepas de virus más virulentas; también se ha encontrado una confirmación positiva entre el IMC y la cantidad de virus infecciosos en el aliento exhalado.

- La Federación Mundial de Obesidad advierte que los sistemas de salud no están preparados para atender el creciente número de pacientes con obesidad, y que la pandemia del COVID-19 expondrá aún más sus limitaciones. Los pacientes con IMC elevados pueden presentar complicaciones durante la intubación, la obtención de imágenes de diagnóstico, el posicionamiento o transporte; también dificultades en la posición boca-abajo (prone position) que es frecuentemente utilizada como tratamiento clínico para el síndrome respiratorio agudo debido al COVID-19 (Petrova et al, 2020: 497- 499).

En México un estudio que fue realizado durante el año crítico de la pandemia (marzo 2020-marzo 2021) relaciona la mortalidad por COVID-19 con las enfermedades metabólicas y refiere que la diabetes provocó un exceso de mortalidad del 18.4%. Este mismo estudio indica que cuando se conjuntaron las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, el porcentaje de letalidad subió al 31.5%; también reporta que cuando simultáneamente ocurrían las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes, el porcentaje de

letalidad fue del 38.7%. Lo más grave es referido por los siguientes datos: el 18.3% del total de los casos que padecían enfermedades metabólicas murieron por COVID-19, en contraste con el 5.5% del mismo grupo que no tenía comorbilidades (Roldan et al, 2021).

Igualmente, es notorio que, aunque el porcentaje de hombres y mujeres contagiados fue prácticamente el mismo, el número de hombres que murió fue casi el doble comparado con el número de mujeres que fallecieron por esta misma condición. Estos datos analizados con mayor precisión indican que los grupos de edad con mayor mortalidad fueron los de 80 a 99 años y los de 60 a 79 años. Los grupos de menor edad sumaron el 4.5% del total de fallecidos y se comprobó que, dentro de esta población, quienes no tenían enfermedades metabólicas, aunque dieron positivos al SARS-CoV-2, sólo tuvieron una letalidad del 5.5%. En cambio, en el grupo de personas con una o más comorbilidades metabólicas, se triplicó el porcentaje de fallecimientos: el 18,3% cuando existía una sola enfermedad y el 38.7% cuando se combinaban tres enfermedades metabólicas (Roldan et al, 2021).

Lo interesante es el impacto letal que tuvo el COVID-19 en su relación con la obesidad: 353,317 fueron los casos confirmados por COVID-19 entre niños, niñas y adolescentes, y de este total nacional ocurrieron 1,268 muertes. En la Ciudad de México ocurrieron 199 defunciones, mientras que el Estado de México presentó 95 fallecimientos (GOB, 2022). Este mismo reporte indica que los niños con obesidad se convirtieron en un grupo vulnerable cuando adquirieron la infección del COVID-19, porque en los menores de un año la obesidad como comorbilidad obtuvo el quinto lugar con una letalidad del 2.7% (véase en anexo, gráfica 1).

En el grupo del primero al cuarto año de vida la obesidad ascendió un lugar, y en este cuarto lugar la letalidad fue del 1.5% (véase en anexo gráfica 2). Esta jerarquía cambió notoriamente en el grupo de los cinco a los nueve años, porque la obesidad obtuvo el segundo

lugar con un 6.9% de defunciones (GOB, 2022). Véase en anexo gráfica 3.

En el grupo de los diez a los catorce años la letalidad por obesidad continúa en segundo lugar con un 12.6% de prevalencia (véase en el anexo, gráfica 4); lo alarmante es que, en el grupo de los quince a los diecisiete años, la obesidad como comorbilidad letal ya se encuentra en el primer lugar con el 15.1% (véase en anexo, gráfica 5). En la sexta y séptima gráficas (ver anexo) se observan porcentajes de las defunciones que ocurrieron en edades más avanzadas, porcentajes que también muestran, al menos indirectamente, la posible relación entre el COVID-19 y la obesidad como una peligrosa comorbilidad (GOB, 2022).

3. Capítulo III. Determinantes socio-históricos de la obesidad

3.1. Determinación ambiental: Antropología de la alimentación y de la nutrición en México

Anabella Barragán y Lauro González (2011)[8], comenta a través de Saucedo Arteaga Gabriel que es importante comprender a la alimentación y la nutrición desde una perspectiva antropológica, porque la alimentación engloba acciones y conocimientos relacionados con una gran variedad de productos cuyo inicio es la siembra o el pastoreo; después se realiza la recolección, el traslado, el intercambio y la preparación de los productos que son ingeridos como alimentos; además todas las actividades relacionadas con la alimentación ocurren dentro de un ecosistema o de varios ecosistemas y de todos se debe procurar su continua renovación. En forma simultánea a todo esto, la nutrición está específicamente relacionada con el equilibrio entre la ingesta y el gasto energético; este es un equilibrio dinámico que depende de las necesidades fisiológicas, la edad, el género y las actividades que realiza cada individuo.

Todo lo anterior le obliga al antropólogo observar los aspectos biológicos y socioculturales de las comunidades que ha elegido; registrando sus costumbres y sus adaptaciones vinculadas a los referidos ecosistemas y midiendo los niveles de energía que se invierten en concordancia o no con las correspondientes relaciones económicas.

Nuestra profesión igualmente considera todo lo recién expuesto, relacionándolo directamente con las acciones preventivas y no se concentra en el estudio de las poblaciones en general porque sus ámbitos de intervención son universales. Esto equivale a decir que el

[8] Barragán, A; González, L. (2011), *La* complejidad *de la antropología física: Tomo II* (págs. 393-425). México: Instituto Nacional de Antropología e Historia. Obtenido de https://www.enah.edu.mx/publicaciones/documentos/89.pdf

promotor de salud puede intervenir en cualquier lugar donde existan niños, adolescentes, adultos y ancianos.

Así, el promotor de salud puede mediar en cualquier momento, siendo uno de sus principales propósitos, la construcción de futuros cada vez más saludables. Por ello debemos investigar cuáles son los hábitos alimenticios de los universos sociales en los que queremos intervenir; debemos saber cómo surgieron esos hábitos y cómo favorecen u obstaculizan una vida que puede ser más saludable. Es claro, que el ambiente rural es muy distinto del urbano, en este segundo ambiente abundan las tiendas y supermercados en los que predomina la comida ultra-procesada. En los restaurantes, e incluso, en las fondas que ofrecen comida casera, incluyendo bebidas gaseosas con sabores artificiales, exceso de substancias químicas y edulcorantes. En la mayoría de las ciudades modernas prevalece un consumo alimenticio que ha sido impuesto y del que se ignora su auténtico valor nutricional.

Según relata Alfredo Salomón (2005), en el decenio de los años cincuenta, el 60% de la población mexicana residía en ambientes rurales y su dieta estaba constituida por maíz, frijol, chiles, jitomates, verduras y poca proteína de origen animal. Desde esa época en las ciudades mexicanas el consumo alimenticio cotidiano ya incluía refrescos e iba disminuyendo la ingestión de frutas; además, en algunos círculos sociales el sobrepeso y la obesidad eran favorablemente vistos como expresiones de poder económico y de los hábitos del buen vivir. Esto, varios autores lo comentan en el libro la *Obesidad en México*, pero ellos aclaran que lo anterior no era algo generalizado; incluso hace sólo tres décadas la prevalencia de la obesidad en México era baja (Rivera et al, 2012).

No obstante, hoy podemos decir que la obesidad es una pandemia que alerta a los especialistas. Esta es una enfermedad compleja y multifactorial, porque en ella están involucrados tanto las predisposiciones genéticas como los desarrollos tecnológicos. En la

obesidad también influyen las disponibilidades monetarias y las sofisticadas estrategias que utiliza la publicidad, cuyos efectos son evidentes por los datos que proporciona el Documental elaborado por Deutsche Welle (2022):*"Un mundo de gordos. La gula de la industria alimentaria"* donde habla el director de El poder del Consumidor Alejandro Calvillo, institución mexicana que comunica que el consumo de frutas y verduras cayó en un 30% en veinte años, el frijol cayó en un 50% y en catorce años el consumo de bebidas azucaradas creció en un 40%; cada mexicano bebe 144 litros de refrescos al año, siendo éste un récord mundial (DW 2022).

Al respecto, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud presentada en el 2022, refiere que más del 69% de la población mexicana consume alimentos no adecuados y entre estos destacan las bebidas endulzadas. Este reporte también indica que casi el 61% de los mexicanos padecen inseguridad alimentaria, y que, en algunos sectores de esta inmensa población, tampoco existe acceso diario a agua confiable. El 51.4% tiene niveles altos de triglicéridos, el 32.1% tiene índices altos de colesterol y el 15.8% presenta diabetes. Estas cifras están directamente relacionadas con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC), cuya vigencia inició el primero de enero de 1994. Este acuerdo permitió que nuestro país fuese inundado por alimentos procesados con bajo aporte nutricional y altos niveles calóricos. El Estado dejó de apoyar nuestra producción de alimentos y así perdimos autosuficiencia y soberanía; pero esta desastrosa situación la encubren quienes hablan de los beneficios que ha aportado la globalización; beneficios que en el sector alimentario no ocurrieron y que se convirtieron en las condiciones que incrementaron la obesidad en nuestro país.

3.2. Determinaciones económicas: El predominio de la industria obesogénica

El sistema capitalista ha llegado a la llamada globalización, y ésta, ha provocado cambios drásticos en nuestra vida. Nuestra cotidianidad se volvió acelerada y surgieron muchas condiciones imprevistas: las poblaciones campesinas se empobrecieron y muchos emigraron buscando mejores horizontes. Horizontes difíciles de conseguir porque se incrementaron las enfermedades metabólicas por los desequilibrios energéticos y el acelerado deterioro del medio ambiente.

La inadecuada alimentación comenzó a predominar y esto propició sobrepeso y obesidad; esta enfermedad se incorporó a la sinergia dañina que quedó configurada por muy diversas comorbilidades. Pero las transformaciones capitalistas no ocurrieron únicamente en las dimensiones biológicas y territoriales, porque la globalización también ha penetrado la mentalidad de muchos mexicanos y un claro ejemplo de esto lo aportan las palabras que pronunció Enrique Peña Nieto respecto a una corporación transnacional: *"*Yo soy —expresó enfáticamente — un consumidor de sus productos, un consumidor cotidiano; les puedo decir que el presidente de la República toma Coca-Cola todos los días" (Velázquez & Rosales, 2022) Véase en anexo imagen 4.

Kennia Velázquez y Elizabeth Rosales (2022), también comentan que Ernesto Zedillo fue contratado como consejero de la trasnacional Coca-Cola, y que esto ocurrió cuando terminó su período presidencial. Pero ha sido Vicente Fox quien más ha comentado su relación con esta corporación, de la cual –durante catorce años- fue su empleado. Cuando asumió la presidencia de México, incorporó como director de la Comisión Nacional del Agua a Cristóbal Jaime Jaquez, quien había trabajado en esa refresquera durante doce años. Por ello, no es casual que se hayan triplicado durante la gestión presidencial de Vicente Fox las concesiones de agua para las trasnacionales Coca-Cola y Nestlé. Vicente Fox nombró a

Fernando Elizondo Barragán, nieto de Manuel Barragán Escamilla, fundador de Arca Continental, la segunda embotelladora de Coca-Cola más grande de América Latina, como secretario de Energía. Estos nombramientos muestran la complicidad que puede existir entre algunos representantes del gobierno y las compañías transnacionales, Véase en anexo imagen 5.

En fin, las palabras que Enrique Peña Nieto expresó cuando era el presidente de México respecto a la Coca-Cola, también muestran al menos indirectamente la admiración y el trato preferencial que en esos tiempos recibieron muchas compañías extranjeras; adviértase que él pronunció tales palabras dos meses antes de que la Secretaría de Salud emitiera, en el 2016, una declaratoria de emergencia nacional por obesidad y diabetes; padecimientos relacionados con el alto consumo de bebidas azucaradas y de muchos otros alimentos obesogénicos que comenzaron a inundar la dieta de los mexicanos desde la firma del TLC (Velázquez & Rosales, 2022).

También tenemos que en los albores del siglo XXI, el patrón alimentario mexicano tiene tres características principales: la primera está determinada por las diferencias entre regiones y grupos sociales y por la muy desigual distribución del ingreso; la segunda se encuentra en un estado de transición, ya que enfrenta cambios que tienen que ver con la dinámica de la industria alimentaria y la globalización de los mercados; cada vez es más rápida la preparación de los alimentos y se incrementan las porciones de su ingestión; en tercer lugar, la alimentación es desequilibrada porque supera los niveles calóricos óptimos y muchas veces no aporta los nutrientes mínimos. En otros términos, los estilos alimentarios cada vez se relacionan menos con el mosaico cultural de las diferentes regiones de México, y tales estilos, cada vez más están determinados por las desigualdades sociales, por los factores inherentes a la liberalización de la economía y por la dictatorial oferta alimentaria

que impone la globalización (Ortiz, Velázquez & Montes, 2005).

La diversidad regional de nuestra cocina -que es mundialmente admirada- está disminuyendo, pero esto no ocurre por decisiones individuales, sino que inició con el TLC recién referido. Actualmente, tal disminución está determinada por el Tratado entre México, Estados Unidos y Canadá, nuevo acuerdo comercial cuya vigencia inició el primero de julio del 2020. Estos intercambios comerciales también están relacionados con lo que Alejandro Calvillo reporta, respecto a que los hogares mexicanos que tienen mayores ingresos incrementan su compra de frutas, carnes, agua embotellada y alimentos preparados para su consumo en casa, pero adquieren menos alimentos básicos como tortillas, frijol, arroz, azúcar y aceites vegetales (Calvillo, 2018).

Esto es resultado de los cambios estructurales que han colocado a los alimentos tradicionales en un nivel inferior al que tienen los alimentos ultra-procesados. La reestructuración económica impuesta a los países -eufemísticamente nombrados en "vías de desarrollo"-, imposición ejercida por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, ha derivado en recortes del gasto público y en el desmantelamiento de las instituciones estatales que desarrollaban programas de bienestar social. Esas imposiciones estructurales son las que han producido lo que Michel Chossudovsky nombra la globalización de la pobreza (Chossudovsky, 20202); pobreza que en nuestro país no sólo es económica, sino también nutricional.

En cuanto al acceso a la alimentación, el doctor Hugo López Gatell comenta que desde que se firmó el TLC, nos convertimos en la principal fuente de abastecimiento nutricional para los Estados Unidos y Canadá, porque los productos nacionales como el aguacate, los frutos rojos como las frambuesas, las moras y las fresas, son exportados y sus costos resultan excesivos para la mayoría de los mexicanos, mientras que los alimentos

importados son relativamente baratos por su mala calidad y su déficit nutricional (Paraleerenlibertad, 2022).

Al respecto, tenemos que se ha normalizado el alto consumo de azúcares, sodio y grasas; las deficientes políticas sanitarias han propiciado desinterés respecto a lo que cotidianamente se ingiere, pero esto comienza a cambiar por las advertencias de los alimentos que etiqueta la Secretaría de Salud. Es decir, progresivamente se comprende que cuantos más sellos presenta un alimento, más dañino es su consumo y se ha comprobado en otros países que esta estrategia ha reducido el consumo de productos que propician obesidad.

3.3. Determinación social: La obesidad como el resultado exitoso del marketing generador de ambientes obesogénicos

El medio de comunicación alemán Deutsche Welle en su documental *"La manipulación y el poder de las emociones"* (2022), evidencia cómo las corporaciones trasnacionales invierten grandes cantidades de dinero para el desarrollo de sus estrategias publicitarias. Estrategias con las que manipulan emociones y así las personas son inducidas a comprar los productos que esas mismas corporaciones ofrecen; productos que exitosamente se venden independientemente de que sean caros e incluso innecesarios.

Lo anterior se ilustra con los alimentos que son nombrados chatarra, porque no son baratos y son artificiales todas las substancias con las que se les maquilla (permítasenos esta expresión); es decir, mediante substancias químicas la comida chatarra adquiere apariencias muy atractivas: tiene colores que son mucho más luminosos que los de las verduras o la fruta real; los sabores artificiales pretenden parecerse a los originales y los consumidores no intentan hacer las comparaciones pertinentes.

Así tenemos que la publicidad seduce con tanta eficacia que muchos prefieren el

“sabor a chocolate” y no el chocolate auténtico. Las estrategias publicitarias son diseñadas para influir —“impactar” dicen los publicitas— en todos los sentidos: la vista, el olfato, el gusto, la audición y el tacto (DW, 2022).

Según el mismo documental, la publicidad se concentra en las emociones, pero también produce ideas, aspiraciones, recuerdos asociativos, actitudes; penetra diversos estratos de lo inconsciente y culmina generando predisposiciones favorables hacia productos que no sólo son de bajo nivel nutricional sino también dañinos. Esto es así porque las predisposiciones creadas detonan los comportamientos de consumo requeridos y tales comportamientos llegan a ser compulsivos. Por ello los expertos en las estrategias de la publicidad sofisticada afirman que ellos son quienes logran las ventas y que las tiendas sólo distribuyen los productos que anticipadamente la publicidad ya logró vender. Las ventas —lo afirman los publicistas— ocurren antes de que los consumidores lleguen a pagar los productos que la publicidad ya les ha obligado a comprar y lo que importa es que esas compras ocurran reiteradamente (DW, 2022).

Condición que queda perfectamente ilustrada con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Salud Pública que indica cuales son los cinco principales productos alimenticios en nuestro país: 1) Los cereales azucarados, 2) las bebidas azucaradas, 3) las botanas dulces, 4) las botanas saladas, 5) la comida rápida y los productos lácteos. Este estudio comunica que durante su realización (GOB, 2020):

- En la televisión fueron registrados 12,311 anuncios de los cuales el 23.3% corresponden a alimentos y bebidas industrializados.

- En los supermercados fue registrada la promoción de 1,038 alimentos y bebidas también industrializadas; el 51.5% de estas promociones fueron para los referidos cinco productos principales; siendo los productos más promocionados las botanas

dulces (31.8%), los lácteos (26.9%) y las bebidas azucaradas (16.7%). En esta ocasión a las estrategias publicitarias les añadieron como incentivos adicionales descuentos en los precios (en los supermercados en el 86% de tales productos y en las tiendas de conveniencia en el 64%).

- Este estudio observó que en el 24.6% de las escuelas había publicidad de alimentos y bebidas industrializadas. Los principales productos promocionados fueron los refrescos (67.9%), el agua embotellada (14.3%) y las botanas saladas (7.1%). Esta relación es interesante, pues es obvio que los productos salados provocan sed y que así se incrementa la venta de los refrescos que propician obesidad.

- En los vagones del metro de la Ciudad de México el 64% de los anuncios inducía el consumo de alimentos y bebidas industrializadas (café, atún, aceite, condimentos y otros). Los productos lácteos tuvieron el 29% de los anuncios, las botanas dulces el 9.7% y la comida rápida también alcanzó el 9.7% de la promoción publicitaria (GOB, 2020).Véase en anexo imagen 6 y 7.

Además, el Poder del Consumidor (2022), efectuó un estudio en línea que reveló cómo los *influencers* cibernéticos promocionan el consumo de alimentos y bebidas entre los niños y los adolescentes de nuestro país. Esto es así, porque se han identificado condiciones neurobiológicas por las que los niños y los adolescentes son más vulnerables ante la publicidad de la comida chatarra; debido a que sus regiones cerebrales relacionadas con el procesamiento de recompensas ya funcionan perfectamente, mientras que las zonas cerebrales encargadas del autocontrol inician su desarrollo o están poco desarrollas. Por ello, los anuncios de la comida chatarra prometen recompensas y resultados positivos, lo que propicia la asociación de estos alimentos con la gratificación.

La industria alimentaria sabe que los hábitos alimenticios se forman principalmente

durante la infancia y la juventud, por tanto, busca que su publicidad circule en los espacios cibernéticos que prefieren los niños y los adolescentes. Para lograrlo invierte mucho dinero.

Esta industria, para promocionar sus productos, hace uso de personajes famosos y de figuras públicas, generando una falsa sensación de legitimidad y confianza, que dificulta la aplicación efectiva de las políticas públicas destinadas a regular la venta de productos engañosos o perjudiciales para la salud. Esa publicidad circula abierta y disimuladamente, lo que con la pandemia del COVID-19 se agravó, ya que los niños y los adolescentes intensificaron la utilización de dispositivos digitales durante el cierre de las escuelas y los parques.

En este contexto la actividad de los *influencers* ha sido fundamental para la creación de subjetividades adiestradas en el consumo dirigido, subjetividades que además son incapaces de asumir una voluntad propia, realmente autónoma (Tec-Check Organización de consumidores, 2022) Véase en anexo imagen 8 y 9.

En síntesis, las estrategias publicitarias se han adaptado a la era digital y determinan el consumo de productos alimenticios que no son saludables. Todo esto ocurre en un contexto en el que esa sofisticada publicidad prolifera sin que exista una adecuada regulación gubernamental, la cual oriente los comportamientos sociales hacia el incremento de la salud pública.

En este mismo orden de ideas, José Antonio Morales (2010), expone que el aumento del consumo de bebidas densamente azucaradas y el incremento energético de las bebidas calóricas, junto con el consumo de comidas rápidas y el incremento de las porciones que se ingieren, son factores que contribuyen a la creciente prevalencia de la obesidad. Estos comportamientos alimenticios están directamente relacionados con los determinantes sociales de la salud, como la accesibilidad de los alimentos altamente energéticos cuyo costo

los convierte en opciones preferenciales para personas de bajos ingresos.

El entorno obesogénico además, se expande con la proliferación de restaurantes cuya oferta tiene una mayor densidad de azúcares y grasas; todo esto se traduce en un aumento en la ingesta calórica que con la disminución de la actividad física también contribuye en el agravamiento de la obesidad como un grave problema de salud pública.

Es pues crucial, reconocer que los hábitos alimenticios adquiridos durante la infancia son muy proclives a persistir durante la vida adulta, por lo que es esencial intervenir en la educación alimentaria desde edades muy tempranas. Por todo lo anterior, no es casual que sean poco efectivas las campañas de concientización realizadas por las instituciones del sector salud. Campañas cuyo abordaje debe considerar no sólo aspectos individuales, sino que se deben, sobre todo, tomar en cuenta las determinaciones sociales y económicas que contribuyen al silencioso incremento de la obesidad en nuestro país.

Dichas campañas deben considerar el espacio cibernético porque nos encontramos inmersos en entornos que generan obesidad a nivel global. Por ejemplo, el documental *"Un mundo de gordos: La gula de la industria alimentaria"* (2022), expone que la obesidad está siendo una de las epidemias mundialmente más importantes. Se calcula que la mitad de la población total será obesa para el año 2030 (actualmente 250 millones de niños a nivel mundial presentan esta enfermedad). Cada vez más personas están siendo influenciadas por las campañas publicitarias de las industrias alimentarias y los gobiernos toleran que las industrias responsabilicen a las personas de sus hábitos alimenticios no saludables.

Lo anterior es notorio en la campaña "Balance Energético" que en el 2011 protagonizó Michelle Obama; años después, en el 2015, la transnacional Coca-Cola institucionalizó la *"Red Global Energy Balance",* cuyos propósitos son rebatir mediante la promoción del ejercicio físico las críticas que esta trasnacional continuamente recibe. Para tal propósito este

centro contrató a Steven Blair, un acreditado académico que se encargó de refutar la idea de que las bebidas azucaradas son un riesgo para el incremento de la obesidad.

En síntesis, Blair expresó que: —¡La prensa científica afirma que comemos demasiado, que la obesidad es culpa de la comida rápida y de las bebidas azucaradas, pero no hay pruebas convincentes que demuestren que esas son realmente las causas! —. Evidentemente este tipo de declaraciones procuran primero culpar a las personas por su obesidad y después procuran persuadirlas para que mediante el ejercicio físico quemen el mismo nivel de calorías que hayan ingerido (DW,2022).

Esa engañosa perspectiva es muy distinta de la que asumió el doctor Hugo López Gatell cuando fue entrevistado por la periodista Diana Pastrana, con el tema: *"La basura que comemos".* Entonces, en su calidad de Subsecretario de prevención y promoción de la salud, afirmó que nuestro país enfrenta tres epidemias preocupantes: diabetes, obesidad y COVID-19. Estas enfermedades se ven agravadas por un sistema de salud cuya debilidad fue deliberadamente provocada durante el período neoliberal. La falta de acceso a servicios básicos y la distribución económica injusta han dejado en condiciones precarias a una gran parte de la población, lo que ha elevado su vulnerabilidad ante estas tres pandemias (Paraleerenlibertad, 2022).

De acuerdo con el doctor López Gatell, nuestro sistema de salud actualmente no puede ofrecer cobertura universal porque desde hace treinta años se impulsó la privatización de todos los servicios y de toda la producción que realizaba el Estado. La presión económica internacional también ha tenido un fuerte impacto en la salud pública de México, porque ha sido acaparada la disponibilidad de agua por muchas empresas trasnacionales, que incluso utilizan millones de metros cúbicos de agua para actividades exclusivamente relacionadas con la minería. La disponibilidad económica y física de alimentos poco saludables

contribuyen a la alta prevalencia de la obesidad, que afecta de manera desigual a la población por las desigualdades sociales que se han arraigado en nuestro país (Paraleerenlibertad, 2022).

3.4. Determinación cultural: Estigmatización de la obesidad

Albert Noruega (2011), es autor de una reflexión que se inspira en el pensamiento de Antonio Gramsci, por lo que concibe a la cultura como una dimensión esencial en la estructuración y el desarrollo de la dominación en las sociedades modernas. La cultura es fundamental porque crea consensos sociales. Al respecto, el autor señala que Gramsci destaca la importancia de los procesos culturales en la conformación de la historia; por ello, los grupos que detentan el poder político y el poder económico se interesan en la producción cultural que les sea favorable; estos poderes incluso utilizan a las religiones como mecanismos de control social.

La cultura configura procesos históricos, genera consensos sociales y produce subjetividades. Un claro ejemplo de la cultura nutricional en nuestro país, lo tenemos con una campaña gubernamental que asume un combate frontal contra la desnutrición. Esta campaña promueve alimentos referidos como “La canasta básica”, e involucra la apertura de tiendas en las que se distribuyen tales productos. Estos alimentos son considerados saludables, aunque sean de la marca Nestlé. La población los recibe y los acepta como tales, consumiendo no sólo esos productos sino también tales creencias; así se apropian, comparten y reproducen hasta las formas de consumirlos: en los desayunos, las comidas y las cenas que la cultura gastronómica que las corporaciones industriales imponen. Supuesta cultura que además culpabiliza a las personas por su incapacidad de detener el incremento desmedido de su grasa corporal.

Esto es lo que Cynthia Guadalupe Hernández (2020), comenta en una revista de la

Universidad Nacional Autónoma de México, donde denuncia que las campañas emitidas en favor de la salud pública representan a las personas obesas como irresponsables y culpables (Véase en anexo imagen 10). Esto se asume sin que se consideren las complejidades sociales y económicas recién referidas; en tales campañas se omiten los factores hereditarios y no se proporciona información científica sin prejuicios ni estigmas. Lo que debería ocurrir, comenta esta investigadora, es la promoción del autocuidado desde una perspectiva integral que reconozca la diversidad de la población que se pretende atender.

Por otro lado, Deutshe Welle (2022), añade que la industria ha contribuido en la estigmatización de la obesidad, pues también culpabiliza a las personas por su supuesta carencia de voluntad; la industria alimentaria no asume su responsabilidad ante las adicciones que generan sus productos por las substancias químicas que utilizan y el exceso de azúcares, sales y grasas que contienen.

Cabe destacar que la responsabilidad de esta enfermedad debe ser compartida y no recaer de manera individual en el sujeto enfermo, pues como vimos, esta enfermedad no sólo se debe al sujeto. Los métodos que ha implementado el gobierno para la disminución de la obesidad no han favorecido pues únicamente responsabiliza a la población de su salud, priorizando las necesidades de las industrias de productos industrializados. Aunque estando claro que es una responsabilidad social, los gobiernos deberían garantizar el derecho a una alimentación sana, y a una soberanía alimentaria que permita a la población a nutrirse favorablemente.

4. Capítulo lV Idealización e ideologización de la obesidad

4.1.La obesidad resignificada como un estilo de vida ideal: tendencias *Curvy, Plus size* y otros movimientos supuestamente autogestivos

El aumento constante de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con los desequilibrios energéticos ha creado nuevas necesidades, exigiendo una reconsideración de las condiciones y los derechos relacionados con cuerpos que no se ajustan a las normas tradicionales. Esta demanda de igualdad se entrelaza con diversos movimientos sociales en auge, como lo son: del lenguaje inclusivo, los movimientos de la diversidad sexual y las diversidades genéricas, así como los debates sobre el capitalismo y el anticapitalismo. En este contexto, la obesidad es percibida como aceptable, pero ya no como una expresión de holgura económica sino como una reivindicación legítima, e incluso revolucionaria.

La obesidad comienza a ser percibida no como una enfermedad, sino convirtiéndose en una evidente expresión de la diversidad corporal. Sin embargo, esta transformación no está exenta de controversias, ya que hay quienes argumentan que esta normalización de la obesidad podría ser consecuencia de la prevalencia global de esta condición. Las redes sociales desempeñan un papel clave en la difusión y el seguimiento de estos movimientos y sus respectivas discusiones, pero en el ciberespacio por lo general circulan las apreciaciones que son muy superficiales. Véase en anexo imagen 11, 12, 13 y 14.

Esta superficialidad parece desaparecer en los textos referentes al tema a la aceptación de la gordura. Uno de estos, es el que corresponde a Rut Navarro (2022), quien describe lo que se denomina *body positive*. Ella refiere que según el historiador francés Georges Vigarello, desde la Edad Media la mirada sobre los cuerpos gordos se intensifica y recrudece. En el imaginario católico, el gordo es un pecador preso de la gula; después los conflictos sociales

encarnan en la gordura del burgués; la gordura se convierte en un símbolo ambivalente de opulencia y jerarquía social. En la actualidad las significaciones son muy distintas porque las personas gordas parecen carecer de amor propio, y parecen no ser capaces de cambiar favorablemente su cuerpo.

En tal sentido, Zazil Abraham (2020), discute la creciente presión social en torno al amor propio y la relación con nuestro cuerpo; refiere cómo las redes sociales promueven la idea de aceptar y exhibir nuestro cuerpo; esto parece implicar la obligatoriedad de amarlo de modo incondicional. Sin embargo, Zazil enfatiza que esta exigencia no debe convertirse en una carga adicional en la vida de las personas. Ella misma decidió distanciarse de la ideología del "cuerpo positivo" al cuestionar si ella realmente procuraba amar su cuerpo, o sólo intentaba cumplir con las exigencias difundidas por el movimiento nombrado *body positive*.

Este cuestionamiento le hizo a Zazil adoptar el concepto de "neutralidad corporal"(*body neutrality)*, que implica alejarse del odio hacia el propio cuerpo y la adopción de un auténtico respeto que genere aceptación. Zazil así destaca la importancia de mantener una relación saludable y realista con nuestro cuerpo, sin sucumbir ante las presiones sociales que por lo general son acríticamente asumidas.

Igualmente, Maquis Camargo (2020), destaca que el movimiento *body positive* promueve el amor y el respeto al propio cuerpo sin que importe su apariencia relacionada con los géneros y las etnias; pero Maquis advierte que el autodenominado activismo gordo se ha apropiado de algunos conceptos importantes y los ha convertido en actitudes incondicionales en favor de las personas gordas, principalmente mujeres, muchas de ellas feministas radicales. Véase en anexo imagen 15, 16 y 17. El activismo gordo se dedica a defender de modo incuestionable a la obesidad, y esto lleva a Maquis a ofrecer sugerencias para quienes se interesen en el *body positive* sin que sean engañosamente incorporados al

activismo gordo.

Por su parte, Wright y Harwood desarrollan, citado en Rut Navarro (2022), lo que nombran biopedagogía; concepto que expresa cómo en las sociedades contemporáneas se ejerce un eficiente control sobre los cuerpos. En efecto, vivimos en una época donde la presión por adoptar un estilo de vida saludable se ha convertido en un imperativo moral, la responsabilidad del cuidado del cuerpo recae sobre las personas. Esto se refleja en la promoción constante de la vida *fitness*; el ejercicio y la dieta son considerados prácticas asociadas al éxito personal. El cuerpo se ha convertido en un espacio político donde se materializan valores sociales y la biopedagogía aboga por un enfoque más inclusivo, e incluso, compasivo respecto a la salud; esta postura propone un enfoque que reconozca la diversidad de los cuerpos y promueva la aceptación de uno mismo sin que se impongan estándares inalcanzables.

Esta perspectiva denuncia que existe una estrecha relación entre el capitalismo y la gordofobia. El capitalismo promueve estereotipos estéticos relacionados con figuras esbeltas, lo que alimenta la industria de las dietas y la belleza. Esto genera una constante presión sobre las personas para que se ajusten a tales ideales corporales, generando consecuencias negativas para la salud física y para la salud mental. La promoción de esos ideales también conduce a la discriminación y la estigmatización de las personas cuyos cuerpos no se ajustan a tales estereotipos, esto es precisamente lo que se expresa con la palabra gordofobia. Discriminación y estigmatización que intensifican las desigualdades debidas al género, las clases sociales y las diferencias corporales que en los Estados Unidos son consideradas raciales (Navarro, 2022).

Todo esto induce a Gloria Soto (2021), a afirmar que la gordura es concebida como una condición que se debe modificar; el sujeto gordo es alguien en vías de ser delgado.

“Vivirse gorda —dice— es vivir en un cuestionamiento corporal constante, ¿mi cuerpo está bien o debería modificarlo, reducirlo, transformarlo?”. Las personas gordas con mayor dificultad consiguen algún empleo y continuamente son víctimas de *bullying*, incluso sufren violencia médica; su figura está infrarrepresentada o se encuentra ubicada entre las distintas categorías que se han establecido para la gordura. “Algunas ya somos lo que otras temen ser” (Soto, 2021). Por ello esta investigadora analiza la gordura desde la posición política que postula lo que se conoce como activismo gordo; activismo que confronta el discurso biomédico por ser ahistórico, y por pretender no sólo ser transcultural, sino también universal.

De manera contrastante, las autoras del libro:“*Cuerpo sin patrones”* argumentan que la gordofobia no es innata, sino que la promueven los sistemas de salud que a menudo asocian la gordura con la pobreza; sostienen que el capitalismo fomenta el temor tanto al hambre como a la gordura, cuando la verdadera epidemia es la obsesión por el cuerpo perfecto (Cuello & Contreras, 2016) Véase en anexo imagen 18.

Por ello, frente a tal discurso, la perspectiva del *body positive*, Victoria Sánchez (2019), postula que nadie debe avergonzarse de ser como es, la gordura debe ser celebrada con igual intensidad que la delgadez; todos deben desarrollar percepciones positivas relacionadas con su propio cuerpo y deben rechazar los estereotipos físicos que las industrias procuran imponer. Lo que se impone como “belleza” es un *constructo* social poco realista; es una imagen artificial que infringe nuestra capacidad de sentir confianza y autoestima; por ello este movimiento intenta que todos puedan vivir cómodos con el cuerpo que tienen y que cultiven su aceptación y un intenso amor propio. Este movimiento procura que todos asuman la siguiente premisa: —¡Cuando amas tu cuerpo siempre vas a querer cuidarlo! —(Sánchez, 2019).

En relación, Clara Gualano (2019), señala que el activismo gordo denuncia la estigmatización que sufren las personas obesas e identifica como responsables de tal opresión a la industria médica de las dietas, al neoliberalismo magro y al heterocispatriarcado[9]; este activismo cuestiona el paradigma hegemónico que considera la gordura como una patología en sí misma, además de destacar la importancia de vincular estas cuestiones como la pobreza y la redistribución de la riqueza, con el deficiente acceso a los alimentos saludables, el desempleo, las condiciones laborales extenuantes y la precariedad habitacional. También se menciona la interseccionalidad que existe entre la gordura y las identidades, las etnias, los géneros y las muy diversas orientaciones sexuales; en suma, esta postura confronta cualquier clase de discriminación

En fin, todo lo anterior parece razonable y también saludable, pero debemos recordar que 1969 surgió en los Estados Unidos el movimiento *Fat Power*. Este movimiento postuló que: "las personas gruesas son bellas por dentro y por fuera y que pueden estar sanas y mantenerse en forma «a pesar de» su obesidad" (Sanz, 2013). Posteriormente Steven Blair, profesor de la escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Sur y defensor de la filosofía *Health at Every Size* ("Salud en cualquier tamaño"), afirmó que: "La gente necesita dejar de obsesionarse por el peso y comenzar a ocuparse más de su salud". Este es el profesor que fue incorporado a la Red Global Energy Balance, el centro que la transnacional Coca-Cola institucionalizó para contrarrestar las críticas que recibe porque sus productos son obesogénicos.

En defensa de esos productos dañinos, recordémoslo, Steven Blair declaró que las

[9]Esta categoría para señalar tres aspectos de la jerarquía sexual: "hetero", por la estigmatización de las relaciones homosexuales en oposición a las heterosexuales (y normativas); "cis" por la prevalencia de los/las actoras sociales que se adaptan corporalmente a los estereotipos de género hegemónicos y "patriarcal" por las relaciones de poder que asignan una pasividad a las mujeres en este sistema sexo-género. Se recomienda este libro https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/72/1/TLIC_IDAES_2018_LMB.pdf

bebidas azucaradas no son un riesgo para el incremento de la obesidad; por si fuese poco una postura más radical actualmente es abanderada también en los Estados Unidos por la *National Association to Advance Fat Acceptance* (La Asociación Nacional para Promover la Aceptación de Grasas). —¡Sí, en los Estados Unidos existe una asociación cuyo principal propósito es lograr que todos acepten favorablemente el consumo de todo tipo de grasas! —: todo tipo de grasas equivale a decir que también deben ser favorablemente aceptadas las grasas transgénicas (*grasas trans*). La estrategia de esta asociación es muy astuta, pues sus integrantes argumentan que las personas obesas son discriminadas, y sufren porque existe una fobia generalizada hacia las protuberancias grasosas de quienes deberían incondicionalmente amar su cuerpo.

Dicha fobia es fácilmente observable, dicen, en los medios de comunicación, donde a menudo se ridiculiza o se muestra lástima hacia las personas gordas. Esta discriminación también se manifiesta en la inexistencia de transporte público especialmente destinado a las personas obesas, enfatizando que las mujeres gordas suelen enfrentar una presión social mayor que la que reciben los hombres cuya gordura también es excesiva. Por ello, esta asociación busca promover la aceptación y la inclusión de todas las personas, independientemente de las dimensiones que alcance su obesidad (Hmong, 2022).

Entonces, desde esta seductora perspectiva, lo ideal es que en todos los espacios existan lugares diseñados para que las personas obesas puedan sentirse cómodas. Todos deberían exigir diseños arquitectónicos y diseños urbanísticos que tengan como uno de sus principales ejes a la obesidad.

Particularmente, pensamos que esto no es más que la idealización de una enfermedad que ha sido generada por las determinaciones sociales que ha impuesto el capitalismo moderno. Estas determinaciones sociales ya lograron producir las subjetividades que

requieren y que justifican a esas mismas determinaciones sociales; subjetividades que son creadas mediante las sofisticadas técnicas que densamente son referidas con el término neuro-marketing.

Estas técnicas, estratégicamente utilizadas, producen individuos que con orgullo se autoproclaman gordos y que incluso también con orgullo se autodenominan cerdos -¡Cerdos Anticapitalistas!-. Son personas que exigen respeto con la misma virulencia que caracteriza a los discursos gordofóbicos. Mediante la manipulación de las emociones y la imposición de ideas, los ambientes obesogénicos comienzan a ser inundados por personas que se autoproclaman obesofílicas. Para estas personas el ingerir desmesuradamente grasas se convierte en un acto político, pues sostienen que el sistema capitalista fomenta temor al hambre, pero también a la gordura; esas mismas personas supuestamente anticapitalistas afirman que la verdadera epidemia no es la obesidad sino la obsesión por el cuerpo perfecto.

Esta postura radical también la asume Constanza Álvarez en su libro "*Cerdas Punk"*. (Véase en anexo la imagen 19); texto que integra corrientes tan diversas como la defensa de múltiples géneros y la escritura sin género. Esta autora se expresa desde un cuerpo que nombra indeseable, invisible, feo y ridículo; expresión que supera el miedo y que se declara feminista lésbico, *antiespecista, antikapitalista y anarquista*. En su cuerpo, ella comenta, la boca es un órgano sobre-expuesto, intensamente vigilado. En ese cuerpo que es indeseable, la boca marca el umbral escópico; es decir, el umbral donde inicia una mirada profunda respecto a los metabolismos de las normas impuestas; normas que aparecen como diagnósticos, burlas, violencia o adjetivos que enfatizan su fealdad. En su cuerpo, también está "la lengua resbaladiza de un yo que refracta y escupe la representación de un yo que es producto de las cruzadas biomédicas, farmacológicas y publicitarias" (Álvarez, 2014:10).

Por ello, Álvarez se expresa desde "un yo autobiográfico que denuncia la dieta como

expresión de un microfascismo invisible y sangriento que va gobernando nuestra cotidianidad" (Álvarez, 2014:10). Esa boca indeseable, más que meter, saca, escupe y esparce "contra-conocimientos cocinados en la resistencia al capitalismo, la heterosexualidad, el racismo, la colonización y la dictadura" (Álvarez, 2014:10).

Lo cierto es que todos los movimientos que promueven la aceptación de la obesidad, disfrazan o invisibilizan las repercusiones corporales dañinas que son producidas por los desbalances energéticos. Claro está que una estética imparcial no tendría por qué ser cuestionada, como promotoras de salud pensamos que estos movimientos desvían la atención respecto a la crisis sanitaria cuya causa inmediata es la proliferación de los alimentos obesogénicos. Esta discusión se entrelaza con otras controversias que provocan liberación emocional sin que se construyan conclusiones sólidas; por ejemplo, algunos grupos critican la exposición mediática de cuerpos obesos aunque quienes integran esos mismos grupos, con orgullo visibilizan su gordura y con entusiasmo la reivindican (Hartas XXL - Orgullo y Militancia Gorda). Asimismo, hay quienes felicitan a las personas que son conscientes de su obesidad e intentan modificarla, mientras que hostilmente rechazan a quienes aceptan su gordura y defienden su derecho a ingerir y disfrutar todo tipo de grasas.

Estas y otras controversias las aborda el podcast "Hartas XXL" de Constanza Terranova, pues expone temas relacionados con la gordofobia y la patologización de la gordura; pero también enfatiza la importancia del placer de vivir, ya que las personas obesas no saben cuánto tiempo les queda de vida. Estas no son paradojas sino flagrantes contradicciones que son provocadas por las industrias que procuran invisibilizarse; pero también hay industrias que para lucrar se han aliado a estos nuevos movimientos sociales (Terranova, 2021).

Esto es lo que Albane Guichard (2019), expone en su artículo: *"Las máscaras se*

suman al movimiento body positive: 15 empresas de moda que muestran modelos con todo tipo de cuerpos". Una de estas empresas fue creada por la cantante Rihanna quien para la promoción de sus vestuarios ha contratado a famosas modelos. Calvin Klein, Dove, Victoria´s Secret, American Eagle, Levi´s, Oysho, Chantelle y otras importantes empresas ofrecen ropa que imponen modas para tallas extra-grandes. Estas industrias se interesan en los clientes potenciales que forman parte de *"la generación Z"*[10] (Guichard, 2019) Véase en anexo imagen 20.

Abundando sobre el tema, Dennis Roldan (2020), expone que se incrementan las empresas que apuestan por los cuerpos que nombran *"*reales*"*; es decir, la industria de la moda incluye cada vez más a modelos que se ajustan a las chicas *curvy*, y recientemente la marca NIKE lanzó un anuncio que se hizo viral porque mostró maniquíes obesos. Esta empresa comunicó que hacer ejercicio y mantenerse saludable no es cuestión de ningún tipo de talla en la vestimenta. Asimismo, H&M y Forever 21 ofrecen ropa con tallas extra-grandes; mientras que la empresa Mango, creó una tendencia que fue nombrada Violeta, porque su línea *plus size* tiene vestuarios formales en tallas que van desde el número 40 hasta el 52 (es frecuente que tales números excedan las dimensiones que otras compañías ofrecen, y que algunas tiendas departamentales utilizan espejos especiales que adelgazan a sus clientes).

Levi's es una empresa líder en el mercado y ha vendido *jeans* de tallas grandes durante más de quince años; esta empresa también creó una colección de alta gama para clientes que tienen un fuerte poder adquisitivo. El consorcio American Eagle, en sus filiales *Aerie,* vende ropa interior que es promocionada por modelos cuyas fotografías no están retocadas; la

[10]Personas nacidas con el uso de las tecnologías destacando los finales de los 90' a inicios de los 2000. para mayor información leer el siguiente documento: https://www.cemad.es/wp-content/uploads/2019/05/07_NuriaVilanova-1.pdf

intención es mostrar a mujeres cuyo físico sea lo más cercano a la mayoría de las americanas, o sea, con sobrepeso o notoria obesidad (véase en anexo imagen 21). La marca Roxy, visibilizando la diversidad corporal, lanzó una nueva línea de trajes de baño para mujeres con talla XL; por esta iniciativa, la compañía recibió muestras de aprobación, pero también reproches, pues parece que defiende y justifica la obesidad sin pensar en la salud de sus clientes.

Estas controversias circulan en el ciberespacio, al igual que las campañas que aprueban la gordura pululan en muy diversas redes sociales, teniendo más presencia en Instagram y X, antes Twitter. Un ejemplo de lo anterior lo ofrece la presentadora Adriana Baena, quien twittea:

> soy la primera que defiende la diversidad de cuerpos en la mujer, una mujer puede ser preciosa y verse bonita tenga una S o una XL (como talla). Pero, sinceramente, defender y hacer apología de enfermedades como la obesidad me parece peligroso… Estar obeso no es sano y no debería ser objeto de una campaña publicitaria, al igual que estar en los huesos… Por supuesto, que las personas que sufren esta enfermedad tienen derecho a vestirse, pero no significa que sirvan como ejemplo estético para otras mujeres, da lugar a equívocos" (ReasonWhy, 2022).

Aida Ortega (2015), comenta que Sarah Chiwaya -una *influencer* de talla extra-grande-; que promueve el movimiento *Plus Size*, mediante las redes sociales, le ruega a la industria que lance al mercado ropa con tallas aún más amplias (Véase el espacio digital *Plus Size Please*). Esta *fashion-influencer* siente que las tallas de su ropa continuamente parecen más pequeñas y por ello aboga para que las chicas *curvy* puedan sentirse sanas y guapas.

Esto quizá es lo mismo que sintió la actriz, comediante y cantante Michelle Rodríguez cuando apareció en la portada de la revista Marie Clarie. Su sueño se convirtió en

realidad. Ella también es una importante *influencer* cuyo espacio digital tiene más de un millón de seguidores. Cuando apareció esa portada muchos de sus *fans* le agradecieron por abrir las puertas de la inclusión social, pero la criticaron quienes piensan que la forma de su cuerpo no es la indicada para ese tipo de publicaciones, pues según ellos esa portada romantiza la obesidad (Gutiérrez, 2023), véase en anexo imagen 22. Entonces Michelle Rodríguez comunicó lo siguiente respecto a su cuerpo:

> lo amo y no lucho contra él, mi cuerpo no es una batalla: mi cuerpo es una revolución... Mi salud no tiene nada que ver con mi desempeño profesional ni mí quehacer social. Mi salud es algo que creo yo, sólo me impacta a mí, a mis médicos y a mis familiares. Si usted está preocupado por mi salud, le agradecería que cuestionara dos veces antes de hacer un comentario agresivo, porque mi salud mental también es importante y hay gente que pierde la vida por comentarios como los que están haciendo (Michelle Rodríguez citada por Gutiérrez, 2023).

Norberto Paredes (2021), entrevista a Marie-Noëlle Hébert diseñadora y escritora canadiense la cual, expone una postura más atrevida asumiendo que desde muy pronto aborreció su cuerpo porque desde los once años se percibió gorda y fea; comenta que el odio hacia su cuerpo le hacía comer más y más. Esto se complicó por las burlas que recibía, pero después pudo enfrentar la gordofobia y actualmente intenta desmontar los prejuicios ligados a la apariencia física y los cánones de belleza. Ella ahora expresa que: "pese a que son muchos los que se consideran a sí mismos gordos y feos, en realidad nadie lo es. Se debe mostrar el cuerpo si así se desea. Lo importante es sentirse bien con uno mismo, sin importar el tipo de cuerpo que se tenga" (Paredes, 2021).

Así Marie-Noëlle Hébert se ubica en el movimiento social que es referido como "Body *Neutrality"*. Este es el movimiento que no intenta que las mujeres amen sus defectos, sino

que simplemente los ignoren por cuestiones de feminismo y bienestar.

Este bienestar es semejante al que propone Agus Cabaleiro, quien se concibe como militante del amor propio. Esta influyente modelo y activista argentina es autora del libro *Te lo digo por tu bien: sobre ser gordas y ocupar los espacios con libertad.* Ella fue entrevistada por Alejandra Martis (2022), de la BBC News y expresó que "Ser gordo no es una enfermedad". En esta entrevista añade que la gordofobia es la aversión, el miedo a las personas con cuerpos gordos y es también el miedo a ser gordo, por esta razón, procura empoderar a las personas con obesidad para que desafiando los patrones estandarizados de la belleza logren amar su cuerpo. Enfatiza que la palabra gorda es sólo un adjetivo, una simple descripción del cuerpo, y éste, en sí mismo, no está enfermo ni es negativo. Con esta perspectiva, Agus Cabaleiro busca cuerpos que sean parecidos al suyo y que tengan una vida plena y feliz, para así influir positivamente en el mayor número de personas, independientemente de sus edades, sus nacionalidades y sus preferencias sexuales (Martins, 2022), véase en anexo imagen 23.

Esta y muchas otras campañas que aprueban la gordura inundan el ciberespacio, pero como promotores de salud, nos corresponde comprender profundamente todos estos procesos de comunicación e influencia social; porque más allá del derecho a la libre expresión de las ideas, lo que realmente importa es la salud de las personas. Es pues imprescindible identificar cómo estos discursos son promovidos por las compañías transnacionales que se benefician con la venta masiva de los alimentos ultra-procesados que generan obesidad. Estos consorcios se benefician con la creciente apología a la gordura y en la medida en que se visibiliza favorablemente la obesidad, esas mismas industrias no sólo incrementan sus ganancias económicas, sino que también logran invisibilizarse.

Por ello, no debemos olvidar que la promoción de la salud es un conocimiento

socialmente construido porque también es socialmente construida la ideologización de la obesidad. Los humanos, comenta Andrea Angulo, nos caracterizamos por una complejidad especial cuyo estudio requiere de los métodos de investigación que han desarrollado las ciencias sociales.

Los seres humanos tenemos la capacidad de simbolizar, de representar la realidad, construimos imágenes internas que representan el mundo que nos rodea; tenemos la posibilidad de abstraer, de crear signos y símbolos; éstos nos permiten otorgarle sentido a todo lo que se cruza en nuestro camino. La realidad no podemos conocerla en su totalidad ni en todos sus cambios; por tal motivo, permanentemente seleccionamos porciones de lo real y asiduamente intentamos conocer cómo y por qué ocurren las transformaciones específicas de las porciones de lo real que nos interesan.

Metafóricamente podemos decir que filmamos de acuerdo a nuestras prioridades y necesidades (Ángulo, 2016); continuamente registramos lo que consideramos importante, una infinidad de estímulos y procesos provisionalmente los adulamos o los consideramos dignos de futuras indagaciones. Esto último nos permite construir conocimientos científicos que superan el umbral en el que quedan constreñidas las ideologías; las ideologías casi siempre están configuradas por ideas simples que son fácilmente reproducidas y muy susceptibles de ser acríticamente asumidas.

4.2. Fundamentos ideológicos de los movimientos que reivindican la obesidad

Un acreditado estudioso del lenguaje afirma que las ideologías son representaciones sociales que definen identidades, creencias compartidas sobre las condiciones fundamentales, los modos de existencia de grupos y personas. Esto implica, según Teun A. Van Dijk (2005), que las ideologías pueden influir en una amplia gama de actitudes y de comportamientos.

Por ejemplo, una ideología racista puede influir en las actitudes relacionadas con la inmigración, mientras que una ideología feminista puede influir en las opiniones sobre el aborto, la igualdad de género o la equidad salarial; las ideologías también pueden tener impactos significativos en las políticas públicas. Pero las ideologías no son estáticas y se ven influenciadas por las experiencias sociales; algunas son más estables en comparación con las que experimentan cambios acelerados y notorios.

Una ideología puede normalizar una enfermedad, e incluso, puede generar percepciones exageradamente favorables respecto a esa misma enfermedad. Esto demuestra que las ideologías tienen implicaciones directas en favor o en contra del bienestar de la sociedad en general.

Esto queda ilustrado por el programa televisivo transmitido en el canal ADN-40, el 11 de agosto del 2020 a las 21 horas. En esa ocasión fue presentado un debate entre dos supuestos expertos y una persona que se mostraba imparcial, quienes –desde nuestro punto de vista- muy probablemente estaban patrocinados. Dichos personajes comentaban que el gobierno mexicano atenta contra los derechos de las industrias cuando exige que a los consumidores se les informe respecto al daño que pueden producir en su salud los productos que compran. Estos dos entusiastas defensores de los derechos industriales enfatizaban que todas las personas tienen el derecho de comprar libremente todo lo que les plazca, resaltando constantemente ese supuesto derecho, dando la impresión de que era asumido como un derecho irrestricto y universal. Lo cual consideramos una falacia, lo repetían estos dos supuestos especialistas, porque, por ejemplo, nadie tiene el derecho de comprar fauna exótica para consumo humano, aunque algunos intensamente quisieran comprarlos.

Lo cierto es que las gigantescas corporaciones alimenticias no protegen los derechos humanos, sólo se interesan en lo que asumen como su incuestionable derecho de obtener las

máximas ganancias económicas; esto, aunque sus productos erosionen la salud pública. Este afán de lucro de las industrias alimenticias con frecuencia es solapado por organismos gubernamentales cuyos directores reciben cuantiosos sobornos. Estos sobornos son considerados como inversiones adicionales que son necesarias para la obtención de sus muy altos beneficios; por ello la pregunta es: –¿Por qué hasta ahora se han fortalecido las restricciones a los alimentos dañinos? ¡No!, no es porque muchas poblaciones mexicanas padecen por el estrés hídrico que han provocado las concesiones otorgadas a las compañías refresqueras. Compañías que continuamente utilizan millones de litros de agua incluso por la elaboración de sus botellas desechables.

La consolidación de las restricciones referidas tampoco surge porque nuestro país ocupa el primer lugar mundial en el consumo de refrescos, ni porque tal consumo genera enfermedades por las tierras y los ríos que son contaminados por esas mismas industrias. La alarma sanitaria que actualmente existe en nuestro país no tiene como antecedente todo lo anterior, sino la pandemia del COVID-19; pandemia que dirigió nuestra atención hacia el hecho de que uno de cada tres mexicanos padece de sobrepeso u obesidad; pero lo grave es que la idealización de la obesidad continúa expandiéndose porque hacía ella también converge la filosofía de la Post-verdad.

4.3. Post-verdad y redes sociales en los tiempos del COVID-19

Jorge González Arocha (2021), plantea que el problema de la Post-verdad y su impacto en las sociedades contemporáneas está configurado por la dificultad de alcanzar valores como la imparcialidad y la objetividad. Este problema además se relaciona con el surgimiento de las nuevas tecnologías; también influyen las relaciones políticas marcadas por el

fundamentalismo[11] y la compleja interacción entre el relativismo subjetivista y las creencias individualistas. La Post-verdad se asume como una metafísica realista, pero sólo es la proliferación de pseudo-verdades que surgen desde lo pseudo-concreto (Kosìk, 1967).

En este contexto, retomando a González (2021), expone que el papel de la ciencia se vuelve fundamental como base del proceso educativo e implica la necesidad de abordar paradigmas filosóficos. El conocimiento científico es importante por su influencia sobre el pensamiento crítico y la práctica creadora, así como por su potencial impacto ético y sus repercusiones en la vida social. Pero el conocimiento científico adquiere más relevancia en contextos como los de la pandemia de los años 2020 y 2021. En sentido contrario, la propagación de noticias falsas sobre el COVID-19 dio origen a muchas campañas anti-vacunación. Estas irracionales campañas resaltan la importancia del conocimiento científico y sus relaciones con la educación global del siglo XXI

La moda filosófica referida como Post-verdad también se propaga fácilmente a través de las redes sociales, y así se incrementan las personas que no se interesan por los conocimientos científicos. Ellas aceptan cualquier creencia sin que identifiquen su incoherencia y es así como también se han propagado los movimientos que idealizan la obesidad. Idealización que Jorge González (2021), relaciona con la Post-verdad y su difusión en el entorno digital, pero señala una diferencia importante entre el funcionamiento de la ciencia y la filosofía frente a la opinión pública contemporánea. Esta no consulta las fuentes primarias de la información que consume, ni se percata de la incongruencia que caracteriza a las narrativas que se difunden en el ciberespacio. Creencias que son inverificables y que se propagan simplemente por las emociones que generan.

[11] Fundamentalismo: Exigencia intransigente de sometimiento a una doctrina o práctica establecida. Real academia española: https://dle.rae.es/fundamentalismo

Asimismo, Jorge González Arocha (2021), citando a Borges Junior enfatiza cómo los nuevos medios de comunicación han transformado la esfera pública, donde la opinión pública inicialmente era un diálogo horizontal en las plazas y ahora surge impulsada por intereses privados. Este autor comenta que las industrias utilizan argumentos y técnicas post-modernas para desafiar afirmaciones científicas que no se ajustan a su ideología; ideología que está estrechamente vinculada a las relaciones de poder. Borges concibe a la post-verdad como una forma de supremacía ideológica que se convierte en dominación política mediante su arraigo en la opinión pública. Opinión que también queda configurada por la praxis del *story-telling* (el arte de contar historias con efectividad).

Este método narrativo tiene como principal propósito el logro de grandes audiencias virtuales, pero también presenciales, quienes aplican este método se asumen como profesionales de la emoción. La estrategia consiste en producir vínculos emotivos mediante la narración de historias que sean similares a las de quienes escuchan; así se logran procesos de identificación entre valores sociales y marcas comerciales. Esto se puede lograr mediante la publicación en el ciberespacio de enlaces que dirijan hacia la historia que ha sido diseñada para el logro de tales propósitos; la efectividad lograda se mide con el número de visitas, reproducciones, reenvíos de esa misma historia y con la cantidad de *likes* que esa historia obtiene; así todo esto es publicidad que no se identifica como tal y que aparece sólo como una seductora narración supuestamente personalizada.

4.4. La biopolítica como determinante de las decisiones alimentarias

José Luís Tejeda (2011), cita a Michel Foucault desde una perspectiva crítica, al referir que la biopolítica es la vertiente social relacionada con las técnicas disciplinarias del poder y el control demográfico. En la sociedad moderna, el individualismo y la humanización coexisten con la necesidad de utilizar a las personas como fuerza de trabajo, pero también como clientes

y como consumidores. Así, la biopolítica busca normalizar y disciplinar sus comportamientos, la noción del control demográfico es esencial en la biopolítica pues implica la intervención directa del poder en la evolución de las poblaciones, induciendo tasas de natalidad, mortalidad y expectativas de vida.

Entonces, la gestión de aspectos como la calidad alimentaria, así como el consumo excesivo, también se consideran parte de la dinámica poblacional. La política alimentaria, la gestión de recursos naturales, el tratamiento de minorías enfermas y hasta las cuestiones estéticas y físicas forman parte de la biopolítica. La vida íntima queda incluida y se politiza como nunca antes, mediante la imposición de estereotipos de bienestar y conformidad social.

El mismo Tejeda (2011), enfatiza que la biopolítica administra las dinámicas poblacionales en sus aspectos sexuales, reproductivos, sanitarios e incluso procura administrar la utilización del tiempo libre. La biopolítica es la omnipresente influencia del poder en la vida de todas las personas, así, este autor aborda el conflicto que existe entre este invisible avasallamiento y la necesaria reivindicación de los derechos humanos; esto, de modo especial entre las personas vulnerables y marginadas, porque son muy susceptibles de ser víctimas del invisible, pero también despiadado poder hegemónico. La universalización efectiva de los derechos humanos se enfrenta a las estrategias de control y dominación que imponen estereotipos y normas; actualmente es muy difícil distinguir a la auténtica integración social de las estrategias de asimilación que ideologizan y subordinan.

Esto, en síntesis, no es más que la expresión de la tensión conflictiva que existe entre el poder hegemónico y la autonomía individual. Tensión cuyas soluciones no siempre se orientan en un sentido saludable y que más fácilmente se inclinan hacia rutas que son adversas a la salud pública. Por ello Tejeda afirma que, la trama del poder, el control y la dominación van anulando las posibilidades de la convivencia democrática (Tejeda, 2011).

En otro orden de ideas, consideremos las reflexiones de Adolfo Sánchez Vázquez (2005), respecto a las relaciones que existen entre la ética y la moral. La ética se distingue por su generalidad y su capacidad para fundamentar o justificar comportamientos morales. Los principios éticos son generales y buscan establecer normas que tengan validez universal, al margen de necesidades e intereses específicos. La ética no prescribe acciones en situaciones concretas, pero proporciona la base fundamental que permite comprender el comportamiento moral.

Este proceder es muy distinto del que promueven las industrias a través de los grupos militantes que postulan una aparente libertad, pues para tales grupos la reflexión ética no forma parte de sus discursos aparentemente reivindicativos. Estos militantes, al igual que la mayoría de los consumidores creados por las estrategias publicitarias, no cuestionan si son éticamente correctos sus comportamientos consumistas.

Los hábitos impuestos son asumidos como comportamientos derivados de decisiones autónomas, y esto es así, porque la biopolítica impera. La biopolítica progresivamente está normalizando a la obesidad, y ella, igualmente, es indiferente ante todo tipo de reflexión ética. Es interesante que la estigmatización de la gordura haya abierto el camino para que se pudieran empoderar los movimientos militantes en favor de la obesidad, y ésta, incluso, ya no sea vista como una enfermedad, aunque sea el antecedente de otras enfermedades que pueden ser letales. La obesidad ya es, por mucho, concebida como una expresión de libertad personal, como una expresión de autoaceptación incondicional y en tiempos de la post-modernidad la obesidad ya está logrando convertirse en un nuevo canon estético.

5. CAPÍTULO V Acciones pedagógicas en favor de la salud: estrategias que promueven autonomía en la selección alimentaria con un real valor nutricional

5.1. Líneas, estrategias y políticas de alimentación en México

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el tercer párrafo del cuarto artículo, dice: "Toda persona tiene derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará". Este párrafo fue incorporado a nuestra constitución en el 2011, pero como hemos mostrado en los capítulos previos, la realidad alimentaria de nuestro país no coincide con tal aspiración constitucional.

Igualmente, la Ley General de Salud en su Artículo 112 menciona que: "La educación para la salud tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de aptitudes que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas, accidentes y protegerse de los eventos que pongan en riesgo la salud" (Ley General de Salud, 2018). El tercer apartado de este mismo artículo refiere que se debe orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal y educación sexual, entre otros aspectos.

El Artículo 113 especifica que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las Entidades Federativas, con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formularán, propondrán y desarrollarán programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos que permitan alcanzar una cobertura total entre la población mexicana (Ley General de Salud, 2018).

Asimismo, la Ley General de Educación, en relación a la orientación alimentaria que debe ser proporcionada en los centros escolares, en la Fracción X del Artículo 7º, establece que: "se deben desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre

la salud, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios" (DIF, 2004).El Capítulo III de esta misma ley aborda la Equidad de la Educación, y el Artículo 33, Fracción XIII, establece que:

> las autoridades realizarán las actividades que permitan ampliar la calidad y la cobertura de los servicios educativos, llevando a cabo programas asistenciales, ayudas alimentarias, campañas de salud y demás medidas tendentes a contrarrestar las condiciones sociales que inciden en la efectividad, igualdad de oportunidades de acceso y permanencia en los servicios educativos (DIF, 2004).

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria, en el inciso 4.1 del apartado Criterios para Brindar Orientación, establece que: "las actividades de Orientación Alimentaria deben ser efectuadas por personal capacitado o calificado y ser validadas y supervisadas por personal calificado". El punto 3.11 define como personal calificado a los licenciados en nutrición, dietistas, médicos o personal con licenciaturas vinculadas al área de salud y cuya formación profesional ha incluido contenidos de nutrición o han recibido cursos al respecto y cuentan con experiencia para supervisar, capacitar personal o impartir orientación alimentaria de forma directa. El punto 3.12 define como personal capacitado a toda persona que ha recibido capacitación por personal calificado para brindar orientación alimentaria (SEGOB, 2006).

Finalmente, la normatividad para el Fomento de la Salud del Escolar, en el punto 3.2: Acciones Básicas, y en el inciso 3.2.1: Educación para Salud, refiere que: "El contenido de educación para la salud está incluido en los programas curriculares de los niveles preescolar, escolar primaria y escolar secundaria"; especifica como contenidos educativos a los riesgos

y daños a la salud, a la identificación de agentes y situaciones de riesgo de desnutrición, a las enfermedades infecciosas y a las crónico-degenerativas (DIF, 2004). Esta misma normatividad en el punto 3.2.1.2 expresa que:

> el personal de salud debe apoyar al personal docente en el desarrollo de la temática de educación para la salud de acuerdo a los programas curriculares establecidos para los niveles preescolar, escolar primaria y escolar secundaria, así como aquellos derivados de la situación de la salud específica de cada lugar" (DIF, 2004).

> el inciso 3.2.3.1 especifica que: "El personal de salud debe promover y apoyar la participación de la comunidad escolar en particular del personal docente en el espacio escolar, y de los padres de familia para realizar la detección precoz del daño en los alumnos". Esto comprende: "Observación cotidiana de señales físicas, síntomas, alteraciones de la conducta o deterioro del aprovechamiento que sugiere problemas de agudeza visual, auditiva, mala nutrición, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, maltrato al niño, enfermedad de la piel, infecciones gastrointestinales, respiratorias o trastornos posturales". También se especifica la "Aplicación de procedimientos sencillos, previa capacitación, para identificar riesgo de mala nutrición mediante toma de peso y talla o, en su caso medición del perímetro braquial" (DIF, 2004).

El 5 de diciembre del 2020, distintas instituciones públicas y órganos internacionales (UNICEF, OPS, OMS) se reunieron durante una presentación virtual e hicieron recomendaciones de políticas públicas nacionales, estatales y locales; recomendaciones para la prevención, control y reducción de la mala nutrición en niñas, niños y adolescentes. En esta reunión participó Ruy López Ridaura, en su calidad de director del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, quien enfatizó que en México es urgente la creación de entornos saludables relacionados con la alimentación, el consumo de agua y

la realización de actividades físicas.

Esta propuesta enfatizó que es necesario favorecer el consumo de alimentos saludables y sostenibles; añadió que las estrategias no deben tener conflictos de intereses y que se deben proteger las políticas de salud y alimentación frente a los intereses de la industria de alimentos y bebidas. También se especificó que se debe monitorear y evaluar la implementación de políticas públicas, programas, intervenciones y regulaciones para la prevención, reducción y control de todas las formas de mala nutrición, y que se debe asegurar el presupuesto para la implementación y el seguimiento de los indicadores de salud (SSA, 2020).

Después se emitió el Programa de Acción Específico para Enfermedades Cardio-Metabólicas 2020-2024, cuyo principal objetivo es implementar en el Primer Nivel de Atención, con apoyo de Redes Integradas de Servicios de Salud, un modelo de Atención Primaria de Salud, para mejorar los procesos de continuidad asistencial de las enfermedades cardio-metabólicas a través del Centro Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (SSA, 2020).

5.2. Educación para la salud: La promoción de una alimentación saludable

La educación para la salud es un proceso multidimensional que incluye la comunicación y la intervención social; su objetivo es empoderar a las personas, capacitándolas en la toma de decisiones relacionadas con su salud. La educación para la salud en el entorno laboral y en la escuela tienen objetivos distintos, pero ambos buscan promover la salud y el bienestar de las personas (Colomer y Álvarez, 2001).

Este proceso educativo procura que las personas logren entender que la salud es responsabilidad de todos y que puedan desarrollar la capacidad de participar en la búsqueda

de soluciones. Quienes participan en este proceso educativo deben comprender cómo la salud está relacionada con diferentes contextos sociales y deben identificar cuáles son los principales factores que inciden negativa o positivamente en la salud. Esta educación debe integrar conocimientos, actitudes y habilidades para el cuidado de la salud, y debe promover el desarrollo de una mentalidad crítica para identificar y eliminar riesgos relacionados con la salud (Colomer & Álvarez, 2001).

De la misma manera, Concha Colomer y Carlos Álvarez recomiendan que la educación para la salud se debe integrar en el currículo escolar y en la visión educativa de cada institución. Especifican que esta educación debe ser elaborada con un enfoque pedagógico activo y participativo, donde docentes, profesionales de la salud y otros miembros de la comunidad trabajen de manera interdisciplinaria. Agregan, que el desarrollo personal mediante el empoderamiento es esencial para lograr una vida saludable, además de una comprensión integral del contexto social inmediato, el cual involucra factores socioeconómicos, culturales, antropológicos, psicológicos y comunicativos. Por tanto, la educación para la salud debe ser considerada como un proceso de intervención social.

Los valores sociales, las creencias, costumbres y tabúes tienen impactos significativos en los comportamientos relacionados con la salud. Por ello, los mismos autores destacan la estrecha relación que existe entre la educación y la promoción de la salud, porque ambos enfoques, en lo esencial, buscan que las personas y los procesos colectivos logren su empoderamiento. Para tal fin es importante considerar que los hábitos alimentarios son complejos y están determinados por el modelo económico imperante, pero también se debe considerar que las madres desempeñan un papel crucial en la formación de los hábitos alimenticios de sus hijos, y que tales hábitos pueden perdurar a lo largo de toda la vida (Colomer & Álvarez, 2001).

5.3. Nuestra propuesta general de educación y salud alimentaria

Tras esta investigación, observamos que no hay programas concretos con promoción alternativa de la salud, que ayuden o aporten un beneficio a la educación alimentaria y de salud, los cuales, son necesarios para implementar evaluaciones que destaquen una serie de sinergias con dependencias de la Administración Pública Federal, Organizaciones de la Sociedad Civil u Organismos Internacionales, para realizar actividades de promoción y difusión sobre una alimentación nutricional, saludable y de derechos humanos por la soberanía alimentaria. Es por ello, que establecimos una propuesta para incidir en la toma de decisión en alimentación, para prevenir en el exceso de obesidad y enfermedades crónico-degenerativas en la CDMX, proponiendo las siguientes líneas generales de acción:

- Educación familiar: la familia juega un papel fundamental en la promoción de la salud y se deben diseñar programas que aborden temas como la nutrición, el ejercicio y la salud mental; se debe fomentar el tiempo familiar de calidad y debe ser impulsada la creación de tradiciones familiares saludables.

- Alimentación saludable: es necesario fomentar una cultura de alimentación saludable mediante talleres, cursos y encuentros que difundan los beneficios de una dieta equilibrada, vinculando estrechamente recetas saludables con las tradicionales mexicanas.

- Evidencia científica: los reportes científicos relacionados con la alimentación saludable deben ser ampliamente difundidos, pero esta difusión debe ser didácticamente diseñada para que sea congruente con las especificidades de las poblaciones a las que se dirige tal información científica.

- Diálogos y comunicación: los ambientes obesogénicos que han sido impuestos por

las industrias alimentarias, deben ser confrontados mediante charlas, mesas redondas, debates horizontales y encuentros vivenciales en los que se expresen preocupaciones y dificultades relacionadas con los inadecuados hábitos alimenticios; en estos espacios sociales también se deben compartir experiencias que hayan sido exitosas en la creación de ambientes familiares y comunitarios auténticamente saludables.

- Neuro-marketing en favor de la salud: las campañas publicitarias progresivamente utilizan conocimientos neurológicos y es necesario estudiar cómo mediante tal utilización son creadas subjetividades proclives al consumo de alimentos dañinos, caros y poco nutritivos. estos estudios críticos deben ser difundidos a través de las redes sociales y se deben difundir historias reales de personas que han adoptado estilos de vida saludables.

- Empoderamiento y autonomía: es muy importante fomentar el empoderamiento y la autodeterminación en la toma de decisiones relacionadas con la salud; pero tal fomento debe superar el nivel de las campañas informativas y ser realzado mediante discusiones horizontales; es decir, se deben diseñar programas de cambio estratégico que progresivamente configuren comportamientos no obesogénicos.

- Alianzas estratégicas: la legislación de nuestro país es importante, pero es necesaria su efectiva concreción; por ello se deben crear alianzas inter-institucionales que integren acciones de la secretaría de salud con las de la secretaría de educación pública; esta integración también debe incorporar acciones que realizan otros sectores públicos y otras asociaciones no gubernamentales que surgen desde la sociedad civil.

- Cultura de cambio realmente autogestiva: los movimientos que idealizan a la obesidad se asumen como autónomos y reivindicativos, incluso se asumen como

anticapitalistas, pero surgen por las invisibles determinaciones del poder hegemónico y contribuyen en su consolidación. es pues necesario confrontar a esta falsa cultura mediante la creación, la convergencia y el desarrollo de auténticas expresiones culturales relacionadas con la auténtica salud personal y colectiva.

- Monitoreo, evaluación y reajustes constantes: todas las iniciativas saludables deben ser monitoreadas, evaluadas y continuamente perfeccionadas; pero estas acciones deben ser realizadas por quienes llevan a la práctica tales iniciativas; así estos procesos serán realmente autogestivos y podrán progresivamente incrementar su efectividad.

Como hemos visto a lo largo del análisis de esta investigación sobre la idealización de la obesidad que vivimos actualmente, las industrias se han adentrado tanto a nuestras vidas que necesitamos trabajar con las personas para que sean conscientes, autónomos y libres para poder auto conocerse y de esta forma dejar de ser oprimido, buscar un mejoramiento para su calidad de vida y que sea posible confrontar sus decisiones a través del autocontrol, de la educación, de la salud y de la alimentación como principales ejes.

A partir del contexto analizado, elaboramos un proyecto de acción preventiva en términos de alimentación, para ello planteamos un curso llamado: *Los colores de una vida industrializa*da, el cual, tiene como objetivo la reflexión y elección sobre la alimentación y salud comunitaria, presentamos a continuación:

Presentación de proyecto

Nuestra propuesta se basa en un curso de acciones pedagógicas a favor de la salud. Estrategias qué direccionen hacia una autonomía en la selección alimentaria saludable con un valor nutricional real, neto, no procesado, no inducido con aditivos, azúcares o sales extras, para concientizar sobre estos productos innecesarios y adoptar alternativas que incidan en la población de una manera positiva y no dañina. Este curso consta de tres niveles de acciones que permitirán reflexionar el entorno, accionar y desarrollar ideas para transformar subjetividades de hábitos de consumo en la dieta a través de la concientización.

Nombre del Curso: *Los colores de una vida industrializada*

Objetivo:

Desarrollar estrategias de autorreflexión de nuestras determinantes sociales: des occidentalización de nuestra dieta.

Niveles:

1- Identificar subjetividades:

Actividades:

a. Introducción a la temática del curso
b. Movimiento y respiración
c. Reflexión de nuestro entorno
d. Sensorama de alimentos
e. Reflexionar sobre las modificaciones de la cultura dentro la gastronomía mexicana (Superación de la comida chatarra)
f. El agua como recurso y necesidad indispensable, para una saludable nutrición

2- Transformación de subjetividades:

Actividades:

a. Collage: sobre cultura mexicana, gastronomía, identidad, familia, placer, adiciones, etc.
b. Metas personales: una promoción de la salud alternativa
c. El autoconocimiento
d. Construcción de la dieta a partir de nuestras determinantes sociales, hábitos y estilo de vida

3- Sistematizar las subjetividades:

Actividades

a. La autonomía en la selección alimentaria
b. Adoptar alternativas que incidan de manera positiva en la prevención de enfermedades crónico-degenerativas
c. La cultura mexicana en entorno a la alimentación a través de la familia: hábitos de reproducción de consumo de alimentos

Cronograma

El curso está planificado a un mes y medio, cinco semanas, 13 días, con asistencia de tres días a la semana (sin contemplar sábado y domingo), con horas variadas dando un total de 24 horas y media.

-El primer nivel consta de seis días, de 5 clases de 90 min y una clase de 120 min. un total de 570 min. 9 horas y media.

- El segundo nivel consta de cuatro días, actividades de 120 min. por clase, de un total de 480 min. 8 horas.

- El tercer nivel consta de tres días en dos actividades de 120 min. y la actividad final de 180 min. un total de 420 min. 7 horas.

Cronograma de actividades del curso: Los colores de una vida industrializada 2024									
Actividades	**Tiempo**	ENERO				FEBRERO			
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4
	Días	1-5	8-12	15-19	22-31	2-7	9-14	16-21	23-28
Introducción a la temática del curso									
Movimiento y respiración									
Reflexión de nuestro entorno									
Sensorama de alimentos									
Reflexionar sobre las modificaciones de la cultura dentro la gastronomía mexicana (Superación de la comida chatarra)									
El agua como recurso y necesidad indispensable, para una saludable nutrición									
Collage: sobre cultura mexicana, gastronomía, identidad, familia, placer, adiciones, etc.									
Metas personales: una promoción de la salud alternativa									
El autoconocimiento									
Construcción de la dieta a partir de nuestras determinantes sociales, hábitos y estilo de vida									
La autonomía en la selección alimentaria									
Adoptar alternativas que inciden de manera positiva en la prevención de enfermedades crónico-degenerativas									
La cultura mexicana en torno a la alimentación a través de la familia: hábitos de reproducción de consumo de alimentos									

Metodología

Durante la recabación de información sobre la obesidad y el síndrome metabólico, la antropología alimentaria en México, la mercadotecnia y su ambiente obesogénico que han generado las industrias, y que a su vez, han propiciado a que culturalmente exista una idealización sobre la obesidad, donde se ha normalizado vivir con enfermedad, nos obligó a pensar cual sería una buena forma de implementar una propuesta que no sólo este destinada a prevenir y controlar la obesidad y el consumo de alimentos chatarra, ya que analizando, hemos encontrado diversos métodos que el gobierno ha implementado para que las personas puedan determinar que productos de alimentos consumir (etiquetado y prohibición de dibujos animados en empaques); Es por ello, que en los cursos elaborados no se mencionan las enfermedades, a menos que los participantes las expongan.

La dirección que se tendrá como gestoras del curso será guiar hacia un ambiente saludable por sus propios méritos o iniciativa, y no inducido a través de la enfermedad o el objetivo que queremos lograr, ya que experiencias anteriores (talleres impartidos durante la licenciatura) nos han demostrado que presentar el tema que se tiene desde la subjetividad se distorsiona a un ambiente de aceptación forzada.

Trabajar desde la promoción de la salud alternativa, nos permitirá llevar un seguimiento y acompañamiento con nuestros grupos de trabajo para concientizar en el mejoramiento de la calidad de vida, desde los temas del autoconocimiento, hábitos y autocontrol. Los participantes deberán ser capaces de encontrar cuales son las Determinantes Sociales de Salud y las relaciones de poder que estarán afectando directa e indirectamente en su salud. Como pudimos ver la salud no sólo es un tema para darle solución a una enfermedad, por lo cual, nos gustaría apoyar a las personas a que generen un resignificado de su calidad de vida.

Nuestro objetivo es la apropiación de nuestra alimentación y salud, visibilizar nuestras necesidades para buscar alternativas de sustento, sobre el contenido que se consume desde las redes sociales, elección de alimentos y entender las variables de la vida que se pueden modificar.

Dialogar con la gente, ese es el principal granito de arena que podemos aportar, transmitir de voz a voz, las reflexiones a las que nos llevaron a esta amplia investigación, si por lo menos uno captó y lo reflexionó, esa persona compartirá la información y se puede hacer una cadenita de cambio de *Chip*, cambio de cultura, introducción a un ambiente saludable, a la conciencia de tener un ambiente saludable mediante la reflexión de cómo podemos llegar a incidir sobre el proceso de salud-enfermedad.

Matrices de desarrollo del curso

Curso: Los colores de una vida industrializada				
Nivel 1: Identificar subjetividades				
Objetivo: Generar interés en las personas para preguntarse por qué es mejor la comida culturalmente de México, que la comida industrializada que el Marketing nos ha incorporado en la dieta por años.				
fecha: de 1-12 enero		Total, de horas: 9 hora y media	Lugar: Pilares Taxqueña	
Min.	Actividad	Descripción de la actividad	Material requerido	Objetivo de la actividad
90	Introducción a la temática del curso	Realizar la presentación de todos, explicar que trabajamos desde la promoción de la salud alternativa. Expresar que fue lo que los llevó a tomar este curso, que esperan del curso, a que nos dedicamos, si tenemos familia, cuántos años tenemos, en dónde vivimos y crecimos. Desde este momento se les pedirá llevar un diario, donde escribirán que hacen día a día, el cual nos ayudará con el cierre del curso.	Salón de usos múltiples	Poder conocernos. Resaltar los hábitos de a día
90	Movimiento y respiración	Se darán instrucciones para realizar diversos ejercicios de respiración y estiramiento que destensen el cuerpo.	Ropa cómoda.	Conectar con nuestro cuerpo y con los otros.
90	Reflexión de nuestro entorno	Se pedirá la participación de todos para que hablemos sobre cada uno ¿qué establecimientos nos rodean?, ¿cuánto gastamos al día? ¿Cómo está integrada nuestra familia? ¿Cuáles son nuestras actividades cotidianas? ¿Qué platillos son nuestros favoritos, golosinas, agua o refresco? Construcción de saberes	Pizarrón, Sillas, Salón de usos múltiples.	Que cada uno de nosotros podamos reconocernos.
120	Sensorama de alimentos	Se pedirá vendarse los ojos, y de esta forma probar una variedad de alimentos nativos de bajo costo. Después de que cada uno haya pasado a probar estos alimentos nos sentaremos a reflexionar sobre ellos, se le pedirá escribir y compartir la sensación al probarlos, si les generó algún recuerdo, disgusto o si los reconocieron.	-Venda de ojos. -Servilletas. -Alimentos: Palomitas, barra de amaranto, queso. Cuaderno y pluma.	Que los participantes puedan recordar nuestros orígenes gastronómicos.
90	Reflexionar sobre las modificaciones de la cultura dentro de la gastronomía mexicana (Superación de la comida chatarra).	Hablar sobre los saberes de cada uno de nosotros sobre la cultura alimentaria de México, la industrialización, la comida chatarra, Se les pedirá a los participantes que puedan recordar y expresar la sensación que vivieron en la sesión del sensorama sobre los diversos alimentos. Se llevarán de tarea encontrar estrategias personales para poder consumir los alimentos y platillos que no les gustan, hacia como superar el consumo de alimentos chatarras.	Pizarrón.	Que en grupo podamos compartir saberes e identificar cómo las industrias han determinado el cambio a la alimentación cultural en México; que el grupo pueda visualizar a través de platicar, enfermedades como la obesidad y enfermedades crónico-degenerativas.
90	El agua como recurso y necesidad indispensable, para una saludable nutrición.	La cultura de acompañar tu platillo, con una bebida azucarada. (pláticas a través de las experiencias, familiares, de trabajo, convivios, fiesta, reunión). ¿Qué líquido tomas? ¿Qué alternativas para beber líquidos hay en su entorno? La cultura de acompañar tu platillo, con una bebida azucarada. Votar por bebidas más consumidas versus alternativas.	Pizarrón	La salud como un proceso de cambio.

Curso: Los colores de una vida industrializada				
Nivel 2: Transformación de subjetividades				
Objetivo: Establecer que los participantes del curso puedan auto conocerse, de tal forma que logren identificar sí la decisión alimentaria, de salud y calidad de vida ha sido parte del marketing de las industrias de alimentación, ropa y belleza.				
Fecha: 12-19 enero		Total, de horas: 8 hora	Lugar: Pilares Taxqueña	
Min.	Actividad	Descripción de la actividad	Material requerido	Objetivo de la actividad
120	Collage: sobre cultura mexicana, gastronomía, identidad, familia, placer, adiciones, etc.	Que los participantes dividan una hoja blanca en tres partes, y que a través de palabras y recortes de revistas elaboren un collage, identificando y pegando sus hábitos reconocidos, para después encontrar soluciones de autocontrol y disciplina. Al finalizar, cada uno pegará su collage, para después hacer un cartel completo grupal. Se llevan tarea a casa para poner en práctica las soluciones y disciplinas que encontraron para sus hábitos e identificar cuales si les funcionaron y cuáles no.	Hojas blancas, colores, y revistas (de todo tipo) y pegamento.	Que cada persona pueda identificar sus hábitos en la dieta alimentaria y vida diaria, con el fin de encontrar una solución en cambios de autocontrol y disciplina (Momento reflexivo de sus hábitos, autocontrol y disciplina)
120	Metas personales: una promoción de la salud alternativa	Que cada uno de los participantes describan y definan cuáles son sus aspiraciones en la vida, en cuestión de hábitos alimenticios, estilo de vida, crecimiento personal, etc. Ya que las hayan plasmado se trabajará en conjunto para poder jerarquizarlas y de esta manera comenzar un trabajo en la búsqueda de caminos viables de cumplirlas.	Cuaderno, pluma y plumones de colores.	Que las personas logren visualizar sus aspiraciones en la vida, para motivarse y poder cumplirlas.
120	El autoconocimiento	Se realiza retroalimentación de los módulos ya antes vistos, saber cuántas tareas han realizado e identificaran los determinantes sociales de la salud para pedirles que a través de su aprendizaje y tareas puedan identificarlos en su vida diaria. Para lo cual deberán estructurar soluciones reales y alcanzables para cada una de las determinantes sociales de la salud que han afectado en su toma de decisiones durante su crecimiento y desarrollo.	Cuaderno, plumas, colores y plumones.	Que las personas expliquen qué son los determinantes sociales de la salud que ellos han identificado en su vida diaria.
120	Construcción de la dieta a partir de nuestras determinantes sociales, hábitos, estilo de vida.	Realizaran un menú de una semana con recetas, ingredientes saludables con los que estén familiarizados, y que tengan la facilidad de comprar en sus entornos. Exponer ante el grupo y compartir dietas.	Salón de usos múltiples.	Que los participantes dejen de consumir cosas industrializadas, a través de la apropiación de una dieta saludable.

Curso: Los colores de una vida industrializada				
Nivel 3: Sistematizar las subjetividades				
Objetivo: Confirmar nuestras posturas personales acerca de los temas vistos, visibilizar nuestra autodeterminación y habilidades para enfrentarlo.				
Fecha: 22 de enero al 7 de febrero.		Total, de horas: 7 horas.	Lugar: Pilares Taxqueña.	
min	Actividad	Descripción de la actividad.	Material requerido.	Objetivo de la actividad.
120	La autonomía en la selección alimentaria	Se pedirá a los participantes que expongan, cómo es que a través de sus determinantes sociales de la salud pueden tener acceso a una decisión saludable de los alimentos.	Pizarrón, cuaderno y pluma o lápiz.	Que los participantes fortalezcan su autonomía ante el ambiente obesogénico.
120	Adoptar alternativas que inciden de manera positiva en la prevención de enfermedades crónico-degenerativas	Reafirmar lo visto del curso, a través de un árbol genealógico, hábitos familiares, suceso de muerte.	Hojas blancas, colores, tijeras, Resistol o pritt.	Hacer reconocimiento entre todos de las enfermedades crónico-degenerativas, hablar sobre los antecedentes heredofamiliares
180	La cultura mexicana en torno a la alimentación a través de la familia: hábitos de reproducción de consumo de alimentos	Mediante la presentación de nuestro diario, realizaremos una sistematización de experiencias, donde reflejaremos la adopción de hábitos y expondremos los cambios y la aplicación en su vida diaria del recetario que elaboraron. Para dar cierre al curso se efectuará una retroalimentación para visibilizar las pocas estrategias que ha hecho el gobierno para reducir el consumo de alimentos y bebidas industrializadas. Por último la ideologización de la normalización de la enfermedad. Convivio de alimentos saludables (platillos y botanas)	Sus trabajos y tareas elaboradas durante el curso. Ingredientes para la comida del convivio: verduras, frutas, snack de semillas, quesos bajos en grasa, agua de fruta natural o un dulce mexicano.	Que exista un cambio de subjetividades, metas realizadas y confirmar el interés por una alimentación rica en nutrientes.

Conclusiones

A lo largo de esta investigación corroboramos que la calidad alimentaria es indispensable para el logro de una auténtica salud, pero nos sorprendió que la globalización influya directa e invisiblemente en la creación de estilos de vida no saludables. La vida acelerada de las sociedades modernas, el trabajo extenuante y el constante stress, los empleos mal remunerados, los servicios cuyo eje es la enfermedad, la poca disponibilidad y la mala calidad del agua y del aire, la escasa aportación nutrimental de los alimentos industrializados y adictivos, es lo que produce a los ambientes obesogénicos en los que nos encontramos inmersos.

También constatamos mediante los reportes científicos que consultamos, que las industrias alimenticias desarrollan diversas campañas publicitarias con el falso argumento de que sus productos permiten que la personas ejerzan su libertad de decidir; pero en realidad son manipuladas y se les induce a asumir que es natural pagar para enfermar. Nacemos, crecemos, nos reproducimos y morimos impregnados de un estilo de vida condicionado, sin cuestionar si realmente nuestras acciones y decisiones nos favorecen. ¿Cómo construir una vida libre de toxicidad alimentaria y de una cultura no inducida por el marketing? El consumismo estratégicamente inducido es una fuente inagotable de beneficios económicos para un limitado grupo de personas.

La salud también es mercantilizada y se ha convertido en un privilegio. Muestra de ello, es la calidad alimentaria de la mayoría de las personas que no pueden pagar comida nutritiva compuesta por cereales, leguminosas, verduras, frutas y otros alimentos con proteínas.

Tenemos pues la convicción de que nuestra licenciatura tiene un gran potencial para

movernos hacia el beneficio del bien común, y así contribuir en el desarrollo de una real cultura de salud. Los promotores de salud generamos reflexiones y acciones que nos vinculan con nuestro ser integral y comunitario; esto es lo que la intervención exclusivamente médica no logra cubrir.

Urge sensibilizar y concientizar a la población sobre su salud concebida como calidad de vida, y no sólo como un equilibrio homeostático. Esto también nos permitió comprender que las praxis de la promoción de la salud son diversas, y que sus distintos paradigmas (hegemónico, el que postula estilos de vida, el socio-histórico y emancipatorio) tienen la misma finalidad que es contribuir en el desarrollo de los individuos y sus comunidades. La auténtica salud es la misma para todos, sin embargo, la viabilidad para encontrarla, establecerla o mantenerla es distinta para cada persona, Por ello la promoción alternativa de la salud es un término viable que permite priorizar las subjetividades porque son esenciales para el logro de una vida plena.

Esto quedó demostrado en México por el exceso de mortalidad durante la pandemia que provocó el COVID-19. Exceso que se evidencia cuando se comparan las defunciones estadísticamente esperadas, con las que realmente ocurren durante un período definido. Para nuestra investigación elegimos un período de doce meses que fue crítico durante esta pandemia: desde marzo del 2020 a marzo del 2021. Como se vio en el capítulo III, se reportó que el 18.3% del total de los casos que padecían enfermedades metabólicas murieron por COVID-19, en contraste con el 5.5% del mismo grupo etario que no tenía tales comorbilidades. Durante este período la mayor letalidad ocurrió entre las personas cuyas edades estaban entre los 80 y los 99 años, mientras que la mortalidad descendió notoriamente entre los grupos de menor edad, pero este reporte indica que los niños y los adolescentes con obesidad fueron más vulnerables cuando adquirieron la infección del COVID-19. En los

menores de un año la obesidad como comorbilidad obtuvo el quinto lugar con una letalidad del 2.7%; en el grupo de los quince a los diecisiete años, la obesidad como comorbilidad ascendió al primer lugar con el 15.1% de las defunciones.

Estos y otros porcentajes, refieren distintos excesos de mortalidad que fueron provocados por las relaciones directas e indirectas entre el COVID-19 y la obesidad. Excesos de mortalidad que confrontan contundentemente a los movimientos sociales que idealizan a esta enfermedad. La obesidad es provocada por desequilibrios acentuados entre la ingestión calórica y el gasto energético, y su idealización es promovida por compañías transnacionales que producen bebidas y alimentos obesogénicos. Algunos de estos movimientos sólo pretenden normalizar positivamente a la obesidad, pero otras expresiones se asumen como revolucionarias.

Lo anterior permite apreciar contradicciones que están históricamente determinadas; son contradicciones sociales que se expresan en los cuerpos que son obesos por el desmedido consumo de alimentos con exceso de grasas, sodio y edulcorantes con alto valor calórico; cuerpos que no obstante se conciben como anticapitalistas, aunque sólo sean la expresión de las sofisticadas estrategias publicitarias que son financiadas por el poder hegemónico que esos cuerpos ingenuamente pretenden combatir.

Pero los excesos de mortalidad que fueron provocados por las relaciones directas o indirectas entre el COVID-19 y la obesidad, muestran que el conocimiento científico es la mejor respuesta ante todo tipo de ideologías. Asimismo, la amenaza de futuras pandemias como la que recientemente ocurrió a nivel mundial, también es la mejor advertencia que podemos tener para que no escatimemos esfuerzos en contra de las enfermedades metabólicas que son evitables; esfuerzos que también debemos invertir en forma creativa e inteligente en favor de una auténtica salud personal y colectiva.

ANEXO

Cuadro 1. Separación de los niveles de aplicación de medidas preventivas propuestas por Leavell & Clark. Elaboración propia.

Prevención primaria	* Promoción de la salud * Protección específica
Prevención secundaria	* Diagnóstico y tratamiento precoz
Prevención terciaria	* Rehabilitación

(Czeresnia & Machado, 2008)

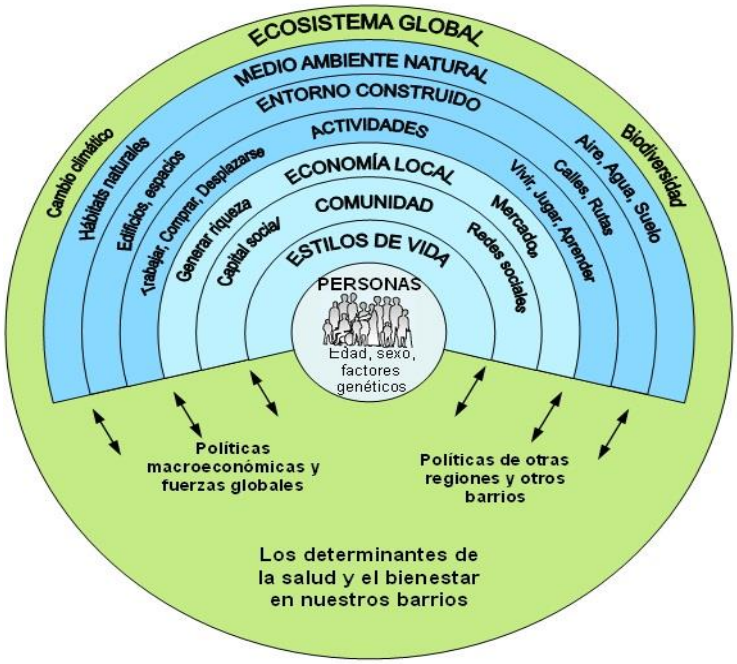
Cuadro 2. Se muestran las conferencias de Promoción de la Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud. Elaboración propia.

Conferencias mundiales de promoción de la salud, organizadas por la OMS	
1974. Canadá	Informe Lalonde: Una perspectiva sobre la salud de los canadienses.
1978. Kazajistán	Declaración de Alma- Ata: Atención Primaria de Salud.
1986. Canadá, Ottawa	1º Conferencia mundial de promoción de la salud. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
1988. Australia, Adelaide	2º Conferencia mundial de promoción de la salud. Recomendaciones de Adelaide sobre una política pública saludable.
1991. Suecia, Sundsvall	3º conferencia mundial de promoción de la salud. Declaración de Sundsvall sobre entornos de apoyo para la salud.
1997. Indonesia, Yakarta.	4º Conferencia mundial de promoción de la salud. Nuevos jugadores para una nueva era: promoción de la salud líder en el siglo XXI.

2000. México, Ciudad de México.	5º Conferencia mundial de promoción de la salud. Promoción de la salud: Uniendo la brecha de equidad.
2005. Tailandia, Bangkok.	6º Conferencia mundial de promoción de la salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud.
2009. Kenia, Nairobi.	7º Conferencia mundial de promoción de la salud. La conferencia de Nairobi cierra con la adopción del llamado a la acción.
2013. Finlandia, Helsinki	8º Conferencia mundial de promoción de la salud. La declaración de Helsinki sobre la salud en todas las políticas.
2016. China, Shanghái	9º Conferencia mundial de promoción de la salud. El futuro de la salud pública se encuentra en las ciudades.

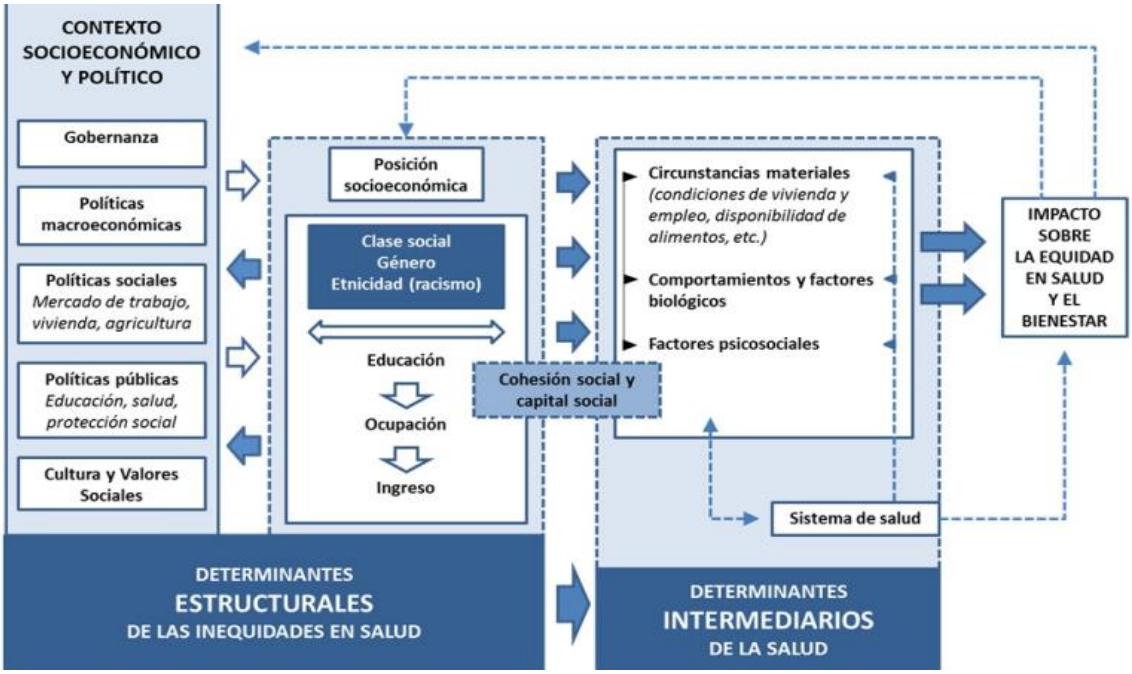
(Emeterio et al, 2018)

Imagen 1. Explicación del modelo social de la salud



(Blog sobre diseños de estrategias públicas sociosanitarias: https://ehealth4all.net/2012/10/01/modelo-social-de-la-salud/)

Mapa conceptual. Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.



(De la Torre & Oyola, 2014).

Cuadro 3. Relación entre la promoción de la salud y las determinantes sociales de la salud. **.** Elaboración propia.

	Sujeto-comunidad	Empoderamiento
Determinantes sociales	Políticas públicas Entornos saludables Acción comunitaria Aptitudes personales Reorientación de servicios	
Información Educación Abogacía planeación	Comunicación Sistematización de experiencias Investigación-acción evaluación	

(Castro et al, 2011)

Cuadro 4. Las cinco categorías del Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton.

Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton (EOSS)		
Etapa	**Descripción**	**Manejo**
0	Sin asociación de factores de riesgo (P. ej. Tensión arterial, lípidos, glucosa normal), síntomas, psicopatología, limitación funcional o del bienestar.	Identificar factores que contribuyan al exceso de peso. Orientación nutricional y de actividad física para prevenir mayor incremento de peso.
1	Presencia de factores de riesgo subclínicos (p. ej. tensión arterial limítrofe, intolerancia a la glucosa) síntomas leves (disnea de medianos esfuerzos), psicopatología leve y limitación funcional o del bienestar leves.	Identificar contribuyentes para factores de riesgo. Intervención más intensa en el estilo de vida, dieta y ejercicio para prevenir mayo incremento de peso. Monitoreo de factores de riesgo y estado de salud.
2	Presencia de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad (p. ej. Hipertensión, diabetes mellitus tipo2, apnea del sueño, osteoartritis, enfermedad por flujo, trastorno de ansiedad) y limitación moderada de las actividades diarias o del bienestar.	Inicia tratamiento integral para la obesidad que incluya todas las opciones de tratamiento conductual, farmacológico y quirúrgico. Monitoreo y tratamiento de comorbilidades.
3	Daño a órgano blanco establecido como infarto de miocardio, complicaciones de la diabetes, psicología significativa, limitación funcional o compromiso funcional o del bienestar severo.	Tratamiento más intensivo para la obesidad que incluya todas las opciones de tratamiento conductual, farmacológico y quirúrgico. Monitoreo y tratamiento de comorbilidades.
4	Discapacidades severas (potencialmente terminales) derivadas de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, psicología incapacitante y limitación funcional o del bienestar severa.	Tratamiento agresivo de la obesidad qe se considere viable. Medidas paliativas incluyendo manejo del dolor, terapia ocupacional y apoyo psicosocial.

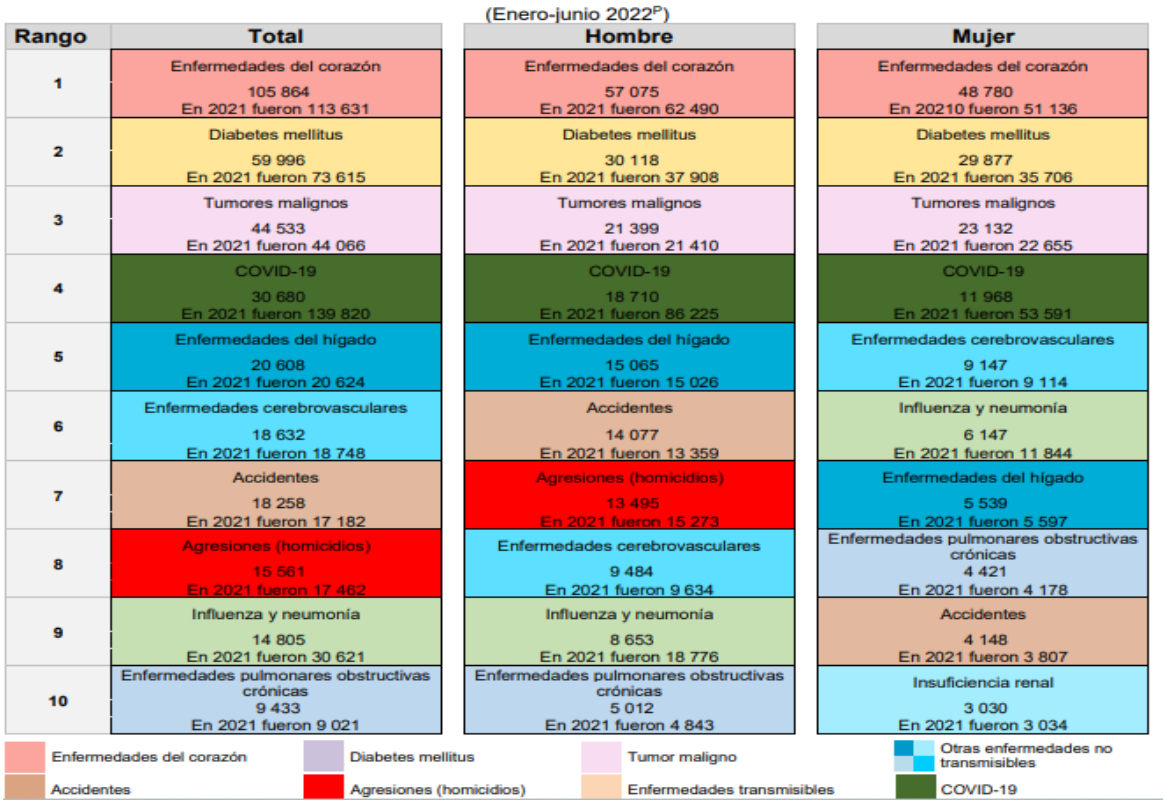
(Firman, 2020)

Cuadro 5. Parámetros que el personal de salud indaga para diagnosticar la obesidad y sobrepeso, según el Gobierno de México.

Parámetros para diagnosticar la obesidad y sobrepeso	
Antecedentes familiares	Incluye los hábitos cotidianos como actividad física, patrones de alimentación, control de apetito, medicamentos, niveles de estrés, entre otros.
Un examen físico general	Incluye las medidas, talla, estatura, signos vitales: frecuencia cardiaca, presión arterial y temperatura entre otros.
Calcular tu IMC	Un IMC de 30 o más se considera obesidad
Medir la circunferencia de la cintura	La grasa almacenada alrededor de la cintura: grasa visceral o grasa abdominal, puede aumentar aún más el riesgo de enfermedad cardiaca y diabetes. Las mujeres con una medida de cintura (circunferencia) mayor a 89 cm y los hombres con una medida de cintura mayor de 102 cm podrían tener más riesgos para la salud.
Controlar otros problemas de salud	El médico también verificará otros problemas de salud posibles, como presión arterial alta y diabetes.
Análisis de sangre	Pueden incluir una prueba de colesterol, pruebas de función hepática, glucosa en ayunas, una prueba de tiroides, entre otras.

(GOB, 2021)

Imagen 2. Las 10 principales causas de muerte diagnosticada por sexo, estadística del INEGI (Enero-Junio 2022).



(INEGI, 2023)

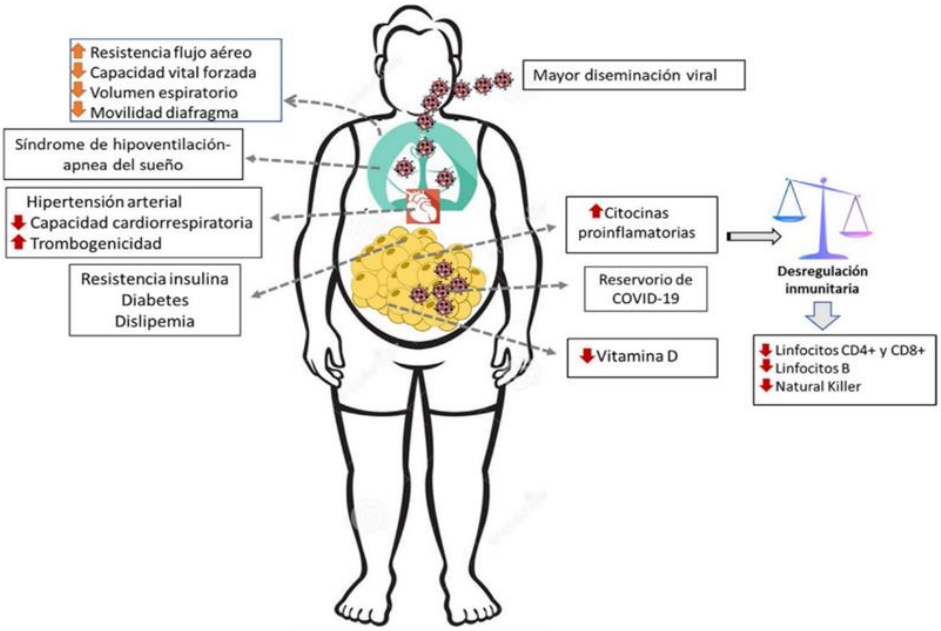
Cuadro 6. Criterios para diagnosticar síndrome metabólico. Elaboración propia.

Criterios para diagnosticar el síndrome metabólico

Institución	Resistencia a la Insulina	Perímetro Abdominal	obesidad	Dislipidemia	Glicemia	Otros
OMS (1998)	AGA, IC, DM2 o sensibilidad dismi- nuida a la insulina	>140/90 mm Hg	Dos más de los siguientes H: RCC2 >0.9M: RCC >0.85y/o IMC >30	TG >150 mg/dl y/o H: HDL <39	AGA, IC o DM2	Microalbuminuria
European Group for Study of Insulin Resistance (EGIR), 1999.	Insulina plasmática >perc. 75 Dos o más de los siguientes	>140/90 mm Hg o con antihipertensivos	H: PA3 >94 cm M: PA >80 cm	TG >150 mg/dl y/o HDL <39	AGA o IC pero no DM	
Adult Treatment Panel III (ATP III), 2001.	Ninguno Tres o más de los siguientes	>130/85 mm Hg	H: PA >102 cm M: PA >88 cm	TG >150 mg/dlH: HDL <40 mg/dlm: Hdl <50 mg/dl	>110 mg/dl incluyendo DM	
American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), 2003.	AGA o IC Más cualquiera de los siguientes según juicio clínico	>130/85 mm Hg	IMC>25	TG >150 mg/dlH: HDL <40 mg/dlm: Hdl <50 mg/dl	AGA o IC, pero no DM	
Internacional Diabetes Foundation (IDF), 2005.	Ninguno	>130/85 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo	PA elevado según la población.	TG >150 mg/dl o con medicamentos para disminuir TGH: HDL	>100 mg/dl, incluyendo DM	
American Heart Association (AHA) y el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), 2005.	Ninguno Tres o más de los siguientes	>130/85 mm Hg o en tratamiento antihipertensivo	H: PA >102 cmM: PA >88 cm	TG >150 mg/dl o con medicamentos para disminuir TGH: HDL	>100 mg/dl, o con medicamentos antidiabéticos	

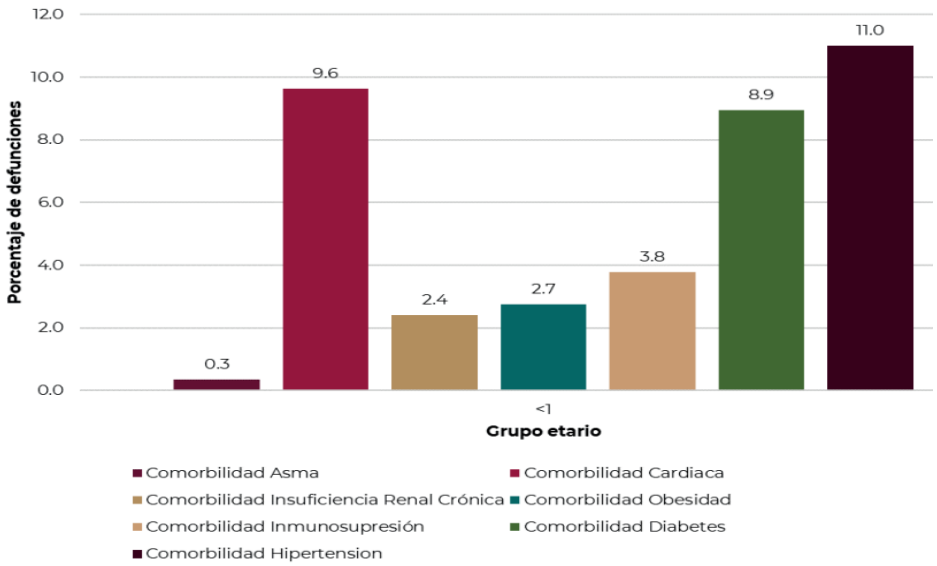
(Pineda, 2008).

Imagen 3. Mecanismo patógeno de infección por COVID-19 en una persona con obesidad.



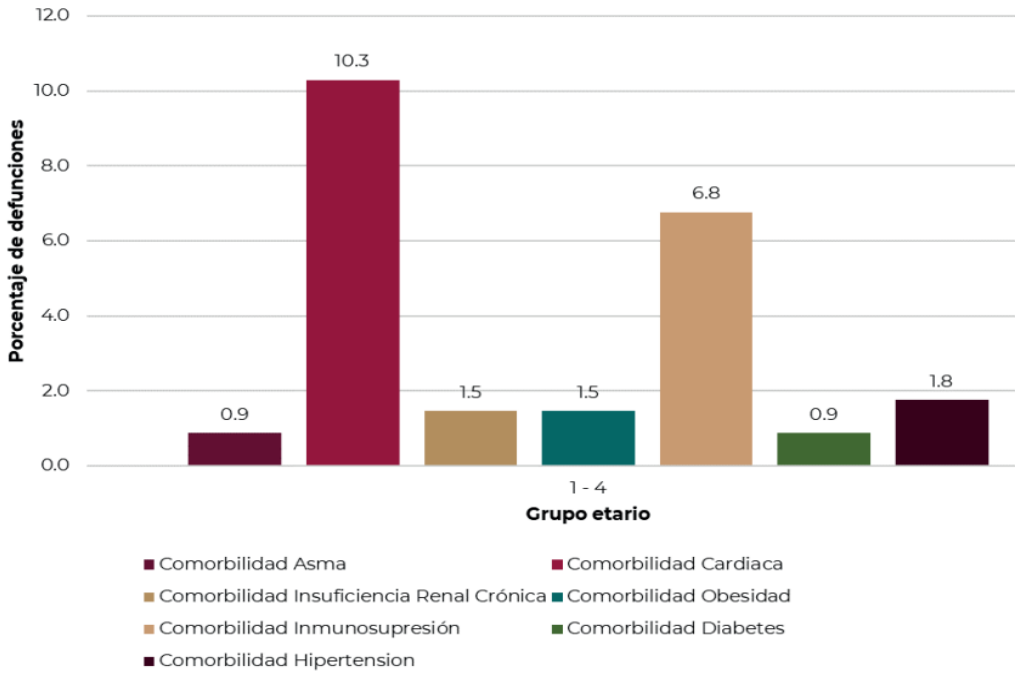
(Rubio & Bretón, 2020)

Gráfica 1. Porcentaje de defunciones por comorbilidad en menores de un año.



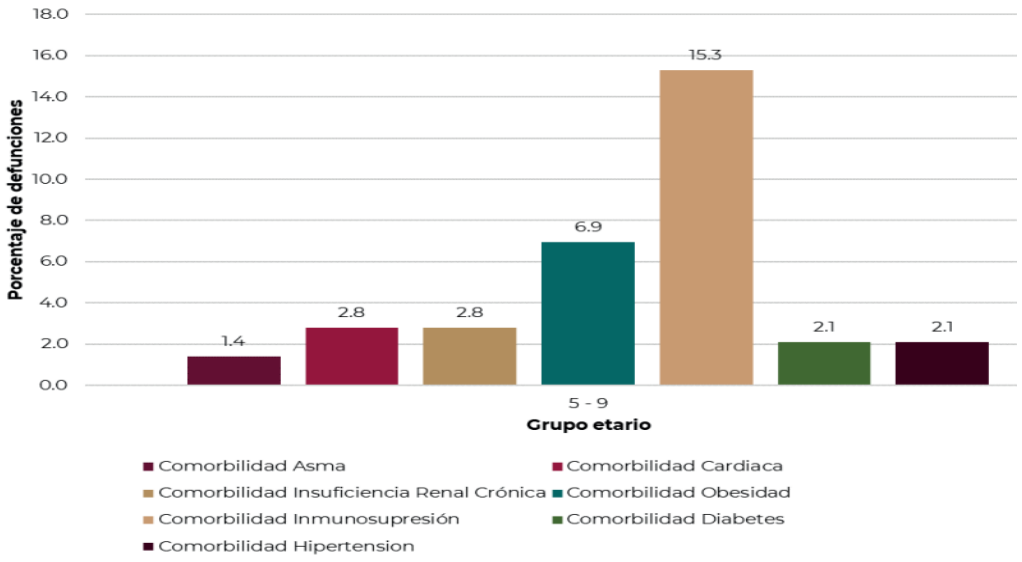
(GOB, 2022)

Gráfica 2. Porcentaje de defunciones por comorbilidad en población de 1 a 4 años.



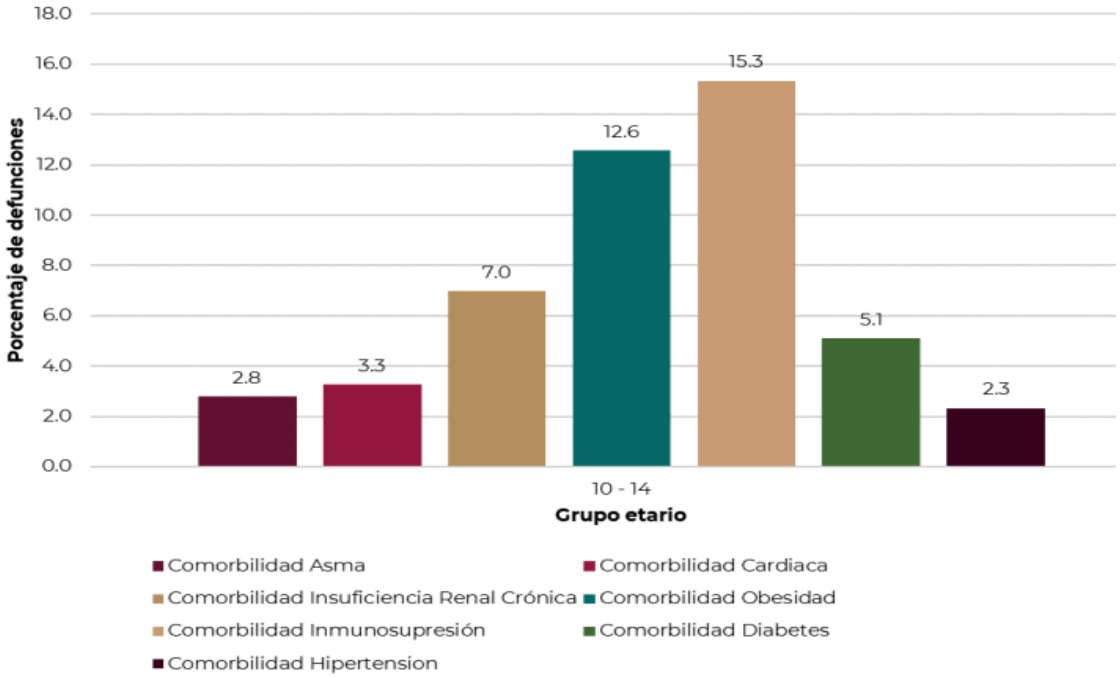
(GOB, 2022)

Gráfica 3. Porcentaje de defunciones por comorbilidad en población de 5 a 9 años.



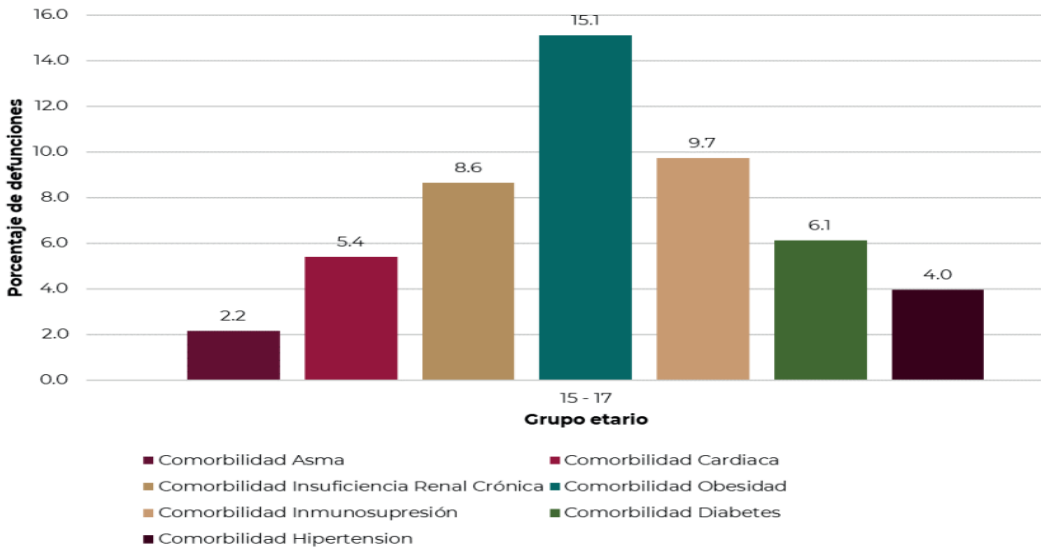
(GOB, 2022)

Gráfica 4. Porcentaje de defunciones por comorbilidad en población de 10 a 14 años.



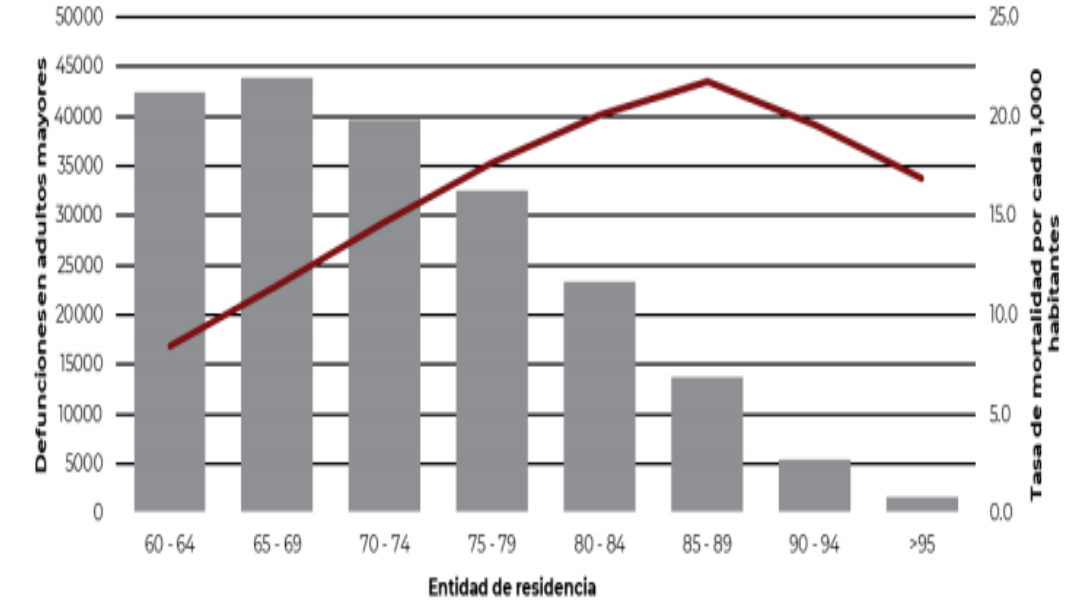
(GOB, 2022)

Gráfica 5. Porcentaje de defunciones por comorbilidad en población de 15 a 17 años.



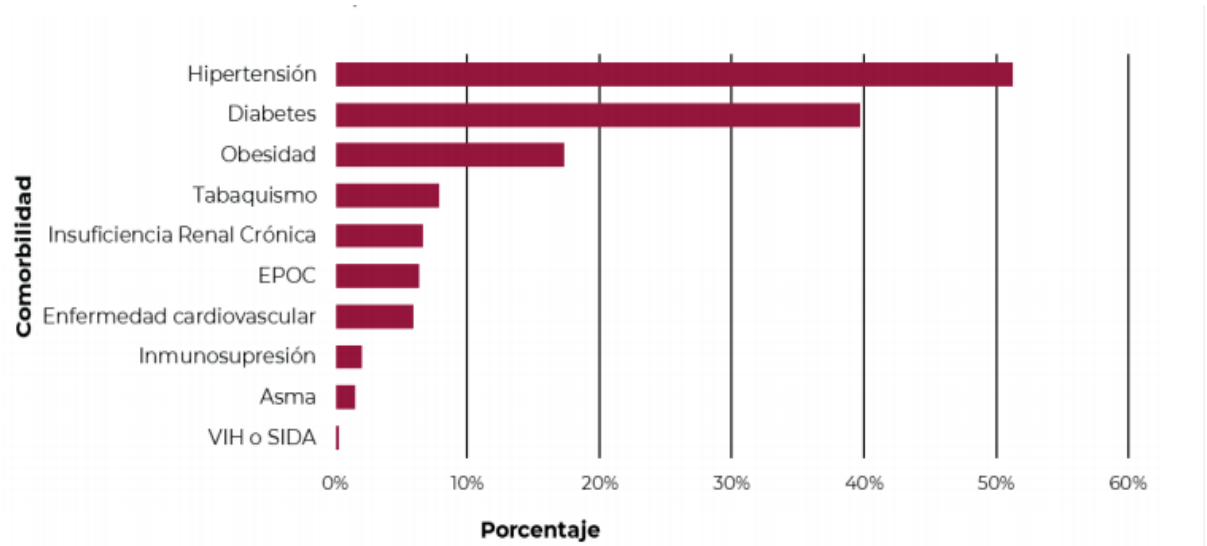
(GOB, 2022)

Gráfica 6. Distribución de defunciones confirmadas acumuladas en casos de adultos mayores por grupo de edad y tasa de mortalidad.



(GOB, 2022)

Gráfica 7. Distribución de defunciones confirmadas acumuladas en casos de adultos mayores por frecuencia de comorbilidad (GOBMX, 2022).

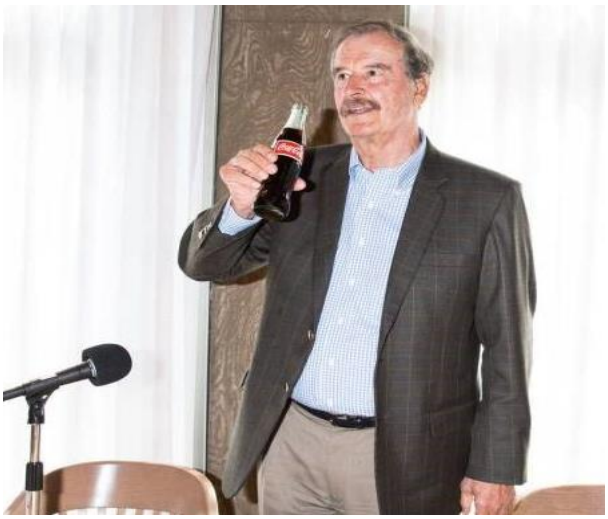


(GOB, 2022)

Imagen 4. El presidente de la República Mexicana Enrique Peña Nieto inaugurando el Centro de Innovación y Desarrollo de la empresa. Imagen tomada de Twitter ahora X

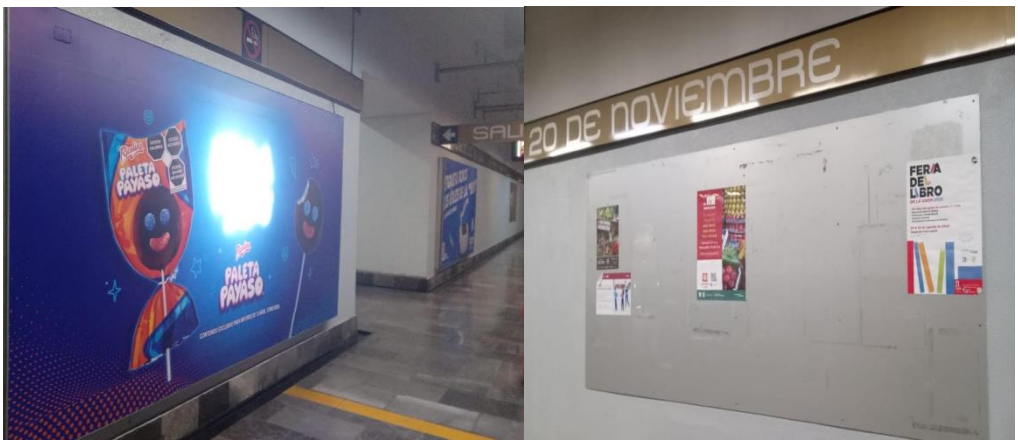
(Antes twitter hoy X@PresidenciaMX,2016: https://twitter.com/presidenciamx/status/774767131821039616)

Imagen 5. Se observa al presidente Vicente fox tomando Coca-Cola. Imagen tomada del internet.



(Octava, 2020: https://laoctava.com/nacional/2020/07/23/entrevista-l-coca-cola-puso-a-vicente-fox-en-la-presidencia-jesusa-rodriguez)

Imagen 6 y 7. La promoción publicitaria de comida chatarra versus los carteles de alimentación saludable emitidos por el GOBMX en el transporte público metro de la CDMX.



(Fotos tomadas desde el metro de la línea 12, 2023)

Imagen 8 y 9. La Industria de alimentos ultraprocesados promociona sus productos haciendo uso de personajes famosos se puede observar en la publicación de los llamados influencers.

(Facebook: @Wendy Guevara, @Esen Alva y @Yessenia Garcia Mua, 2023)

Imagen 10. Historieta del Fisgón. ¿Qué te estás tragando? Publicado en el periódico: EL PAIS en 2015.

(Hernández, 2020)

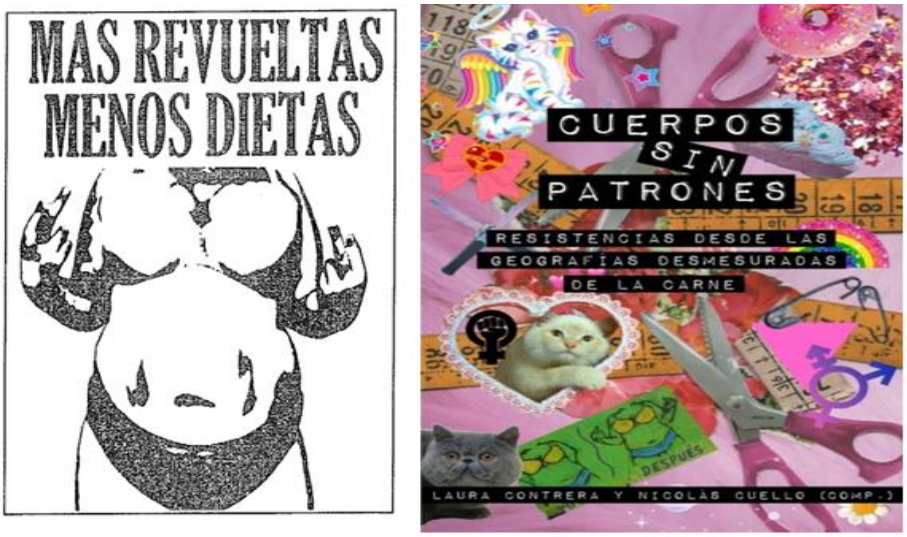
Imagen 11, 12, 13, 14. Las redes sociales desempeñan un papel clave en la difusión y el seguimiento de estos movimientos.

(Instagram: @curvyzelma, Facebook: @La Fatshionista, Facebook: @CONAPRED)

Imagen 15, 16 y 17. El activismo gordo se ha apropiado de algunos conceptos importantes y los ha convertido en actitudes incondicionales en favor de las personas gordas, principalmente mujeres y muchas de ellas feministas radicales.

(Budasoff, 2019. Activismo gordo: cuando haces de tu cuerpo una bandera de lucha: https://www.redaccion.com.ar/activismo-gordo-cuando-haces-de-tu-cuerpo-una-bandera-de-lucha/)

Imagen 18. Portada del libro: *Cuerpos sin patrones.* La primera imagen corresponde al formato pdf encontrado en línea, mientras que la segunda imagen a la portada del libro, tomada del internet.



(Contreras, 2016)

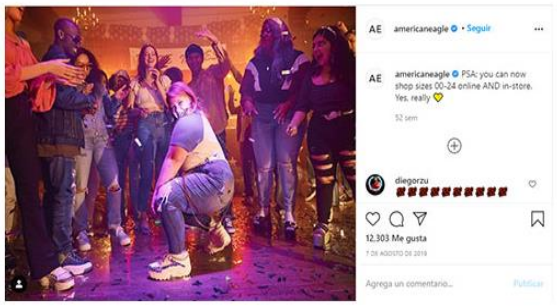
Imagen 19. Portada del libro: *La cerda punk* (Alvares, 2014)

(Álvarez, 2014)

Imagen 20. Publicidad incluyente de marca prestigiosa, imagen tomada del internet.

(Debeste, 2023. Calvin Klein 1993/ Calvin Klein 2023: https://debeste.de/370995/Calvin-Klein-1993-Calvin-Klein-2023)

Imagen 21. Marcas reconocidas que están haciendo cambios en ropa para gente gorda y además creen apoyar a los movimientos gordos.



Con información de Eslamoda, Vogue, Biut y Bussiness Insider

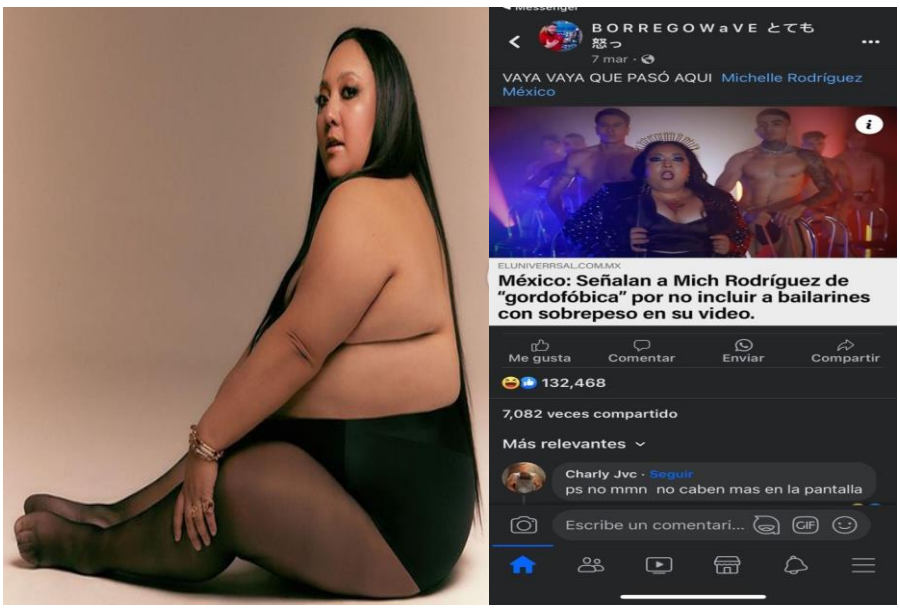
Portada: Freepik

Interiores: Instagram @americaneagle, @oysho, @levis y @H&M

Etiquetas: body positive | chicas curvy | industria de la moda body positive | marcas ropa body positive | moda chicas curvy | movimiento body positive | que es body positive | ropa chicas curvy

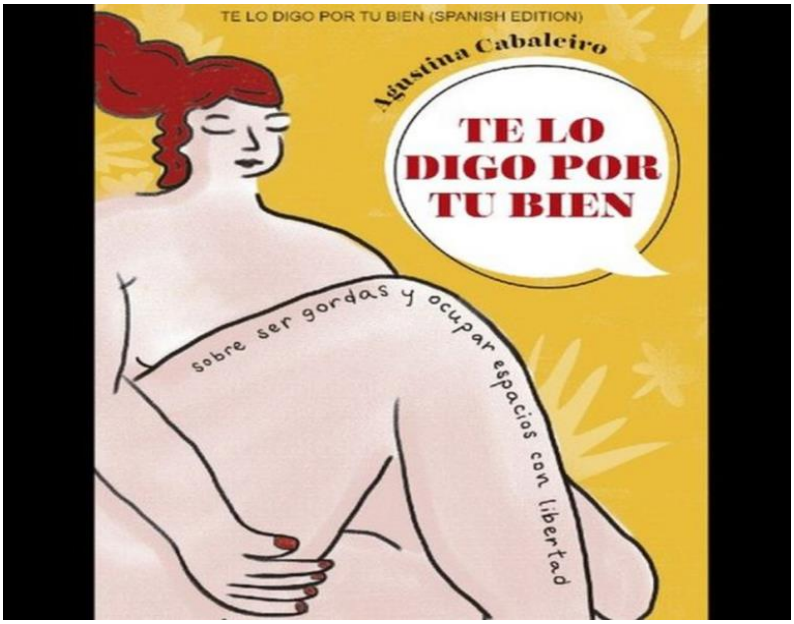
(Roldan, 2020)

Imagen 22. Imagen de la revista Marie carie, en colaboración de Michelle Rodríguez, 2023



(Gutiérrez, 2023 y Facebook: @BORREGOWaVE, 2023)

Imagen 23. Portada del libro Te lo digo por tu bien.



(Agus C.2022)

Bibliografía

Abraham, Z. (2020). *Lo que tienes que saber del Body Positive*. Obtenido de YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=lkz0DmhqglE

Alonso, N. & González, A. (2019). La obesidad. Clasificación. Causa que la provocan. Consecuencias para la salud. Medidas para combatirla. *anatomiadigital, 2*(3), 18-33. En https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v2i3.1084.

Álvarez, C. (2014). *La cerda Punk. Ensayos desde un feminismo gordo, lésbiko, antikapitalista & antiespecista.* Chile: Trío editorial. Valparaíso. En https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2014/10/La_cerda_punk.pdf

Ángulo, A. (2016). *La promoción de la salud como conocimiento socialmente construido.* Ciudad de México. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Apaza, C., Seminario, R., & Santa, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el covid-19- Perú. *Venezolana, 25*(90), 402-410. En https://www.redalyc.org/journal/290/29063559022/29063559022.pdf

Bustamante, S. & et al. (2021). Asociación entre síndrome metabólico, niveles socioeconómicos y calidad de vida mexicana. *Rev. Med. Inst. Mex., 59*(6), 490-499. En https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1355275/4130-28226-1-pb-06-05.pdf

Calvillo, A. (2018). *Tanta obesidad no ha sido casualidad*. Obtenido de Sinembargo.mx: https://www.sinembargo.mx/27-11-2018/3503144

Camargo, M. (2020). *Lo que tienes que saber del Body Positive*. Obtenido de YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=FoY5hX025tI

Campos, I. et al. (2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México, 65*(1), 238- 247. En https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut.pdf

Castro, J., González, R. & Moreno, L. (2011). *Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida.* Ciudad de México: McGraw. Hill,

Ed. En https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1459

Chapela, M. (2007). *Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria.* 1-5. En https://silo.tips/download/promocion-de-la-salud-un-instrumento-del-poder-y-una-alternativa-emancipatoria

Chossudovsky, M. (2002). *Globalización de la Pobreza y nuevo orden mundial.* México: Siglo Veintiuno editores. En https://www.bcb.gob.bo/jornadamonetaria/297544906-Globalizacion-Pobreza-y-Nuevo-Orden-Mundial-Michel%20(2).pdf

Colomer, C. & Álvarez, C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social.* Barcelona, España: MASSON, S.A. En https://es.scribd.com/document/356280380/Promocion-de-La-Salud-y-Cambio-Social

GOB. (2017). *Obesidad y Sobrepeso*. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. En https://www.gob.mx/insalud/es/articulos/obesidad-y-sobrepeso?idiom=es

Cuello, N. & Contrera, L. (2016). *Cuerpos sin patrones.* Buenos Aires: Editorial Madredelva. En https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2017/05/Cuerpos-sin-patrones.pdf

Czeresnia, D., & Machado, C. (2008). *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias.* (1 ed.). Buenos Aires, Lugar Editorial.

De la Torre, M. & Oyola, A. (2014). Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medicación. *Peruana de Epidemiología*, *18*(1), 1-6. En https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677002

DIF. (2004). *Estrategia Nacional de Orientación Alimentaria*. 2- 101. En http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wpcontent/Archivos/Normateca/EliminadosSustantivos/EstrategiaNacionalOrientacionAlimentaria.pdf

DW. (2022). *Manipulación y el poder de las emociones | DW Documental*. Obtenido de YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=RRxJ7U0-G90

DW. (03/06/2022). La Gula de la Alimentación/ DW documental doblado al español. [365ActiveZoneTV] YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=KLZNkO1tlHg

Eibenschutz, C., Tamez, S. & González, R. (2011). *¿Determinación social o determinates sociales de la salud?* Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana. En https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/4/Breilh%2C%20J.-CON-109a-Una%20perspectiva.pdf

Emeterio, L. Y. et al. (2018). *Reflexiones y experiencias sobre la identidad del promotor de la salud. Encuentros y desencuentros.* Ciudad de México: Plaza y Valdez.

ENSANUT. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales.* México: Instituto Nacional de Salud Pública. En https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf

Firman, G. (2020). *Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton (EOSS)*. Medical Criteria. En https://medicalcriteria.com/web/es/edmonton-obesity-staging/

GOB. MX. (2020). *Gobierno de la Ciudad de México*. En: Publicidad de alimentos y bebidas. https://www.insp.mx/epppo/blog/2984-publicidad-alimentos-bebidas.html

GOB.MX. (2021). *Obesidad y sobrepeso. Más kilos, menos vida*. *Gobierno de México*. En https://www.gob.mx/profeco/documentos/obesidad-y-sobrepeso-menos-kilos-mas-vida?state=published

GOB.MX. (2022). ¿Qué es el SARS-CoV-2?. En https://coronavirus.gob.mx/covid-19/

GOB.MX. (2022). *INFORME INTEGRAL DE COVID-19 EN MÉXICO,* Número 06. Ciudad de México: Secretaría de Salud. En: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-06-22-Int_COVID-19.pdf

GOB.MX. (2017). *Campaña Menos diabetes más salud Secretaría de Salud*. Secretaria de Salud: https://www.youtube.com/watch?v=rp9KuSoLhTQ

GOB.MX. (2017). *Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad*. En https://www.gob.mx/insalud/es/articulos/obesidad-y-sobrepeso?idiom=es

GOB.MX. (4 de mayo de 2022). *INFORME INTEGRAL DE COVID-19 EN MÉXICO*. Obtenido de Secretaría de Salud y Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. En https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-06-22-Int_COVID-19.pdf

González, J. (2021). El periodismo y el realismo en la teoría de la postverdad.Cuva. Educación, Ed. *Sophia* (31), 89-111. En https://www.redalyc.org/journal/4418/441867990003/html/

González, R., Castro, J., & Moreno, L. (2011). *Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida.* Ciudad de México: McGraw. Hill, Ed. En https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1459

González, R., Dávila, A., & Jorge, S. (2015). Visión panamericana de las enfermedades crónico-degenerativas. *Revista Internacional de Acupuntura*, *9*(2), 57-69. En https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-pdf.

Gualano, C. (2019). *Activismo gordo: ¿cómo escapar de "la policía de los cuerpos"?* Obtenido de Clarín, en https://www.clarin.com/entremujeres/genero/cuerpo-feminista-activismo-gordo-orgullo_0_XWBI7KGQ3.html

Guerrero, L. & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. (U. d. Andes, Ed.) *Venezolana de Sociología y Antropología, 18*(53), 610-633. En https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf

Guichard, A. (2019). *Las marcas se suman al movimiento "body positive": 15 empresas de moda que muestran modelos con tipo de cuerpo*. En https://www.businessinsider.es/15-marcas-muestran-modelos-todo-tipo-cuerpos-531707

Gutierrez, M. (2023). *Michelle Rodriguez calla a haters: "Mi cuerpo es una revolución"*. sdpnoticias: https://www.sdpnoticias.com/espectaculos/famosos/michelle-rodriguez-calla-a-haters-mi-cuerpo-es-una-revolucion/

Hernández, C. (2020). *Alimentación. Campaña obesidad estigmatizar*. *Universidad Nacional Autónoma de México. La Escuela Nacional de Trabajo Social*, 1-3.

Hmong. (2022). Movimiento de aceptación de grasa. *Reason*. Obtenido de "Fat Pride World Wide: el creciente movimiento para la aceptación de avoirdupois": https://hmong.es/wiki/Fat_acceptance_movement

INEGI. (2023). Estadísticas de defunciones registradas en enero a junio de 2022 (preliminar). *Comunicado de prensa*(29/23), 1-40. En https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf

Kosík, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto (Estudio sobre los problemas del hombre y el mundo)*. México: Grijalbo.

Ley General de Salud. (12-07-2018) Fuente primaria de la secretaría de salud, p. *54, en Educación para la salud. Artículo 113.* En https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416013/Ley_General_de_Salud.pdf

Martins, A. (2022). *"¿Por qué una persona gorda que es infeliz se toma como un mal ejemplo?". Agus Cabaleiro, la modelo argentina que lucha contra la gordofobia*. Obtenido de BBC News Mundo: https://www.bbc.com/mundo/noticias-62079535

Méndez, N. & Uribe, M. (2002). *Obesidad: epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas.* Manual Moderno. México.

Morales, G. J. (2010). *Obesidad. Un enfoque multidisiplinario.* México Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. En https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf

Navarro, R. (2022). *El cuerpo gordo como espacio político: gordofobia, capitalismo y clases*. Obtenido de Pikara magazine: https://www.pikaramagazine.com/2022/02/el-cuerpo-gordo-como-espacio-politico-gordofobia-capitalismo-y-clase/

Noguera, A. (2011). La teoría del estado y del poder en Antonio GRAMSCI: claves para descifrar la dicotomía dominación- liberación. *Nomadas, 29*(1), 1-25. En https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18118941013

Octava, L. (23/07/2020). *Coca-Cola puso a Vicente Fox en la Presidencia: Jesusa Rodríguez*. Obtenido de https://laoctava.com/nacional/2020/07/23/entrevista-l-coca-cola-puso-a-vicente-fox-en-la-presidencia-jesusa-rodriguez

OPS, Organización Panamericana de la Salud. (1996). Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica (557): 1-403. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS, (2022). Determinantes sociales de la salud. Organización Panamericana de la Salud. En: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Ortega, A. (2015). *#PlusSizePlease, la nueva tendencia del movimeinto 'curvy'*. En https://woman.elperiodico.com/moda/plussizeplease-nueva-tendencia-favor-movimiento-76837922

Ortiz, A., Vázquez, V. & Montes, M. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales, XXlll*(025), 8-34. En https://www.redalyc.org/pdf/417/41702501.pdf

Paraleerenlibertad. (2022). *Hugo López-Gatell "La basura que comemos"*. [YouTube] En https://www.youtube.com/watch?v=5lju13uBvJw

Paredes, N. (2021). *"A los 11 años me di cuenta de que era gorda y fea y el odio hacia mi cuerpo me hacía comer más y más"*. Obtenido de BBC News Mundo: https://www.bbc.com/mundo/noticias-59091902

Pereira, J. et.al. (2015). Síndrome metabólico. Apuntes de interés. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía cardiovascular, 22*(2), 109-116. En https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2016/ccc162i.pdf

Petrova, D. et al. (2020). La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Aten Primaria, 52*(7), 496-500. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247450/

Pineda, C. (2008). Síndrome metabólico: definición, historia, criterios. *Colombia Médica, 39*(1), 96-106. En https://www.redalyc.org/pdf/283/28339113.pdf

ReasonWhy. (2022). *El debate en torno a la campaña de Roxy evidencia el complejo enfoque de la diversidad en publicidad*. En https://www.reasonwhy.es/actualidad/debate-campana-roxy-obesidad-diversidad-publicidad

Rivera, J. et al. (2012). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado.* México. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial. En https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf

Roldán, D. (16 de 08 de 2020). *¿Cuáles son las marcas body positive con colecciones para chicas curvy?* Obtenido de Mujer México: https://mujermexico.com/feminismos/marcas-body-positive-con-colecciones-para-chicas-curvy/

Roldan, J. et al. (2021). Mortalidad por Covid-19 en México y las enfermedades metabólicas durante el año crítico de la pandemia. *Sociedad Latinoamericana de Nutrición, 25*(90), 281-289. En https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1355216/art5.pdf

Rubio, M. & Bretón, I. (2020). Obesidad en tiempos de COVID-19. Un desafío de la salud global. *ELSEVIER, 68*(2), 123-129. En https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-obesidad-tiempos-covid-19-un-desafio-S2530016420302123

Salomón, A. (2005). Horizonte sectorial. La industria alimentaria. *Comercio Exterior,* 242-257. En ttp://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/76/4/RCE.pdf

Sánchez, A. (2005). *Ética. Capítulo I: Objetivo de la Ética.* México: Grijalbo.

Sánchez, C., Pichardo, E. & Patricia, L. (2004). Epidemiología de la obesidad. (G. Méd., Ed.) *medigraphic, 140*(2), 3-20.

Sánchez, V. (2019). *EL BODY POSITIVE: Una Representación Social del Cuerpo.* Vasco. En https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/37444/TFG_SanchezSalcedoVictoriaH.pdf

Sanz, E. (2013). *¿Qué es el movimiento Fat power?* En https://www.muyinteresante.es/curiosidades/16125.html

SSA. Secretaria de Salud, T. (2017). *Campaña Menos diabetes más salud Secretaría de Salud*. En https://www.youtube.com/watch?v=rp9KuSoLhTQ

SSA. Secretaría de Salud. (2020). *Recomendaciones de políticas públicas para prevención, control y reducción de la mala nutrición en niñas, niños y adolescentes en México*. En https://www.gob.mx/salud/prensa/

SSA. Secretaría de Salud. (2021). *Programa de Acción Específico. Enfermedades Cardiometabólicas 2020-2024*. México.

SEGOB. (2006). *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.* En https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2107165&fecha=23/01/2006#gsc.tab=0

SEGOB. (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de la salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.* Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México. En https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013#gsc.tab=0

SEGOB. (2018). *NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.* Obtenido de Diario Oficial de la Federación: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018#gsc.tab=0

Soto, G. (2021). Body positive: en busca de otra forma para experimentar la gordura. Ciudad de México.

En https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/22754/1/200011.pdf

SUIVE. (2022). *Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica., DGE. Dirección General de Epidemiología,. Secretaría de Salud., Estados Unidos*

Mexicanos. Obtenido de: Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por mes de
notificación. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2022/morbilidad/nacional/veinte_principales_causas_enfermedad_nacional_mes.pdf

Tec-Check Organización de Consumidores. (2022). #ChatarraInfluencer. En: *El poder del consumidor:* https://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2023/02/d-2302-chatarra-influencer.pdf

Tejeda, J. (2011). Biopolítica, control y dominación. La biopolítica y las nuevas áreas de indagación. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad, 18*(52), 77- 107. En https://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v18n52/v18n52a3.pdf

Tenorio, J. & Hurtado, Y. (2020). Revisión sobre obesidad como factor de riesgo para mortalidad por Covid-19. *Acta Médica Peruana, 37*(3), 324-329. En http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n3/1728-5917-amp-37-03-324.pdf

Terranova, C. (2021). *Orgullo y militancia gorda. (N°4). [Audio podcast episode]. Hartas XXL*. Obtenido de Spotify : https://open.spotify.com/show/0mA5leDNxjjOCK7gOjEB2z

Van, D. (2005). Ideología y análisis del discurso. Utopía y Praxis Latinoamericana. *Utopía y Praxis Latinoamericana, 10*, 9-36. En http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162005000200002

Velázquez, K., & Rosales, E. (2022). *Las fichas de Coca-Cola: Tácticas comerciales para incidir en políticas de Salud Pública*. Obtenido de CONNECTAS. POPLAB.: https://poplab.mx/especiales/las-fichas-de-coca/