



COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Exploración de la propuesta alimentaria de Diconsa en el contexto de la Cruzada Contra el Hambre en México 2013-2014 y de la obesidad como principal problemática de Salud Pública en México

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

Mario Alberto Camacho Huerta

Director del trabajo recepcional

Dr. Alfonso Darío Santiago López

Codirector

Lic. Israel Gallegos Vargas

México, D.F. Abril, 2015.

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.

Yo, un ser humano que un día tuve un sueño, de estudiar en una universidad; que fui obrero, que trabajé en la industria alimenticia que hoy desde otra perspectiva comprendo, dedico el presente trabajo:

*A la Ciudad de México, a su pueblo
A su universidad
La Universidad Autónoma de la Ciudad de México
que tanto amo, que tanto quiero.*

Agradezco:

A la vida por todo lo hermoso que me ha traído; por todos los seres maravillosos que ha enviado a mi pecho y que ahí he guardado con mucho cariño; quienes seguramente vivirán en mi última neurona hasta que me aparte de su luz.

A esas almas buenas y lindas que me criaron; a las que acompañaron mi destino al jugar y al reír conmigo; a las que me enseñaron; a todas las que me dejaron experiencia e instantes gratos.

A los momentos duros y a los tragos amargos también les agradezco por la fortaleza que me motivaron a desarrollar. Por ayudarme a hacerme más consciente para valorar cada aspecto de la existencia y del ser.

A los profesores de la UACM que me brindaron su apoyo y sus consejos; en especial al Dr. Alfonso Darío Santiago López y el Lic. Israel Gallegos Vargas quienes dirigieron este trabajo; a mis Profesores Lectores: Lic. Raúl Guadarrama Ortiz, Mtro. Javier Gutiérrez Marmolejo, Dr. Ingmar Augusto Prada Rojas y Mtro. Raúl Héctor Sallard Tapia por dedicarle al presente su conocimiento y su tiempo; a todas las compañeras y compañeros en esta noble Institución que me inspiraron.

Y a quién no está conmigo, que sembró este sueño en el horizonte donde voy navegando.

Especialmente agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por el apoyo recibido para la impresión y empastado del presente trabajo recepcional.

A todos, todo mi cariño y mi gratitud. Y si algún día me extrañan como yo a ustedes, vuélvannme a leer.

Nota:

“La Universidad Autónoma de la Ciudad de México deberá procurar la integración de los diversos campos del conocimiento e impedir que las fronteras artificiales de las disciplinas reduzcan la capacidad de comprensión de la realidad”

‘Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México’

ÍNDICE

Contenido	Página
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I. MARCO-TEÓRICO CONCEPTUAL	6
1.1 La salud y la labor de la promoción de la salud	6
1.1.1 La “vida como criterio de verdad”	7
1.1.2 Multidimensionalidad humana en la salud	8
1.1.3 Proceso salud-enfermedad y los determinantes en la salud	9
1.1.4 Perfil epidemiológico y la transición epidemiológica	11
1.1.5 Salud pública y la política como uno de sus instrumentos	11
1.1.6 El determinante político y el determinante económico en la salud	12
1.2 La alimentación y la nutrición como necesidades humanas	15
1.3 Otros aspectos biológicos de la alimentación y sus padecimientos de la transición	18
1.3.1 Los xenobióticos, piezas claves en el hecho alimentario	23
1.3.2 Aditivos alimenticios y los Citocromos P 450	24
1.3.3 Epigénética y la alimentación	25
1.3.4 Estudios sobre la alimentación y los padecimientos de la transición	27
1.4 Otros aspectos socioculturales en la alimentación (determinante cultural)	32
1.4.1 Orientación alimentaria en México y el plato del bien comer	33
1.4.2 Influencia global en la alimentación y el consumismo	37
1.4.2.1 Alimentos chatarra y la obesidad	44
1.4.3 La reproducción social y las estructuras estructurantes	48
1.5 La alimentación como un derecho humano	51
CAPÍTULO II. EXPLORACIÓN SOCIO-HISTÓRICA	55
2.1 Exploración socio-histórica y el contexto de la salud pública en México	55
2.1.1 Los programas de alimentación en México	63
2.1.2 Las encuestas nacionales sobre alimentación y nutrición en México	65
CAPÍTULO III. DICONSA EN LA CRUZADA CONTRA EL HAMBRE	69
3.1 La Cruzada contra el Hambre, Diconsa y el Programa de Apoyo Alimentario (PAR)	69
3.2 La propuesta alimentaria del PAR	77
3.3 Resultados de algunas evaluaciones a la propuesta alimentaria de Diconsa	80
DISCUSION	84
CONCLUSIONES	104
PROSPECTIVA	105
BIBLIOGRAFÍA	106
ANEXOS	118

Abreviaturas o siglas más utilizadas

SIGLAS y acrónimos	SIGNIFICADO
ANSA	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria
Ca. gov	Gobierno de California
CDHDF	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONASUPO	Compañía Nacional de Subsistencias Populares
CONSEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DICONSA	Sistema de Distribuidoras Conasupo, S.A. de C.V.
DOF	Diario Oficial de la Federación
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
INEGI	Instituto Nacional de Economía, Geografía e Informática
INNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
NIH	Institutos Nacionales de la Salud (USA)
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAR	Programa de Abasto Rural (PAR)
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales
PMA	Programa Mundial de Alimentos (o 'WFP' en inglés)
SEDESA	Secretaría de Salud del Distrito Federal
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social (México)
SSA	Secretaría de Salud (México)
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
USDA	United States Department of Agriculture Center for Nutrition Policy and Promotion
WCRF	World Cancer Research Found

RESUMEN

El propósito de esta investigación es explorar y reflexionar lo que está sucediendo con la política social en México, pues independientemente del tipo de política una política nacional debe crear condiciones que aseguren mejores circunstancias de vida para toda la población; donde la salud es el principio básico, muchas veces intrínseco que no debe descuidarse en el ejercicio y fin de toda política, ya que la salud es el fundamento para la realización humana, de la vida digna y plena de las personas y de sus comunidades; en donde la responsabilidad para lograr estas condiciones recae primeramente en las instituciones del Estado que representan los intereses de la población.

Se tomó como un ejemplo para explorar y reflexionar lo que está sucediendo con las políticas sociales en México y la relación que mantienen con la salud y la política de salud, la estrategia alimentaria del Programa Alimentario Rural (PAR) del Sistema de Distribuidoras Conasupo, S.A. de C.V. (Diconsa) en el contexto de la obesidad como principal problemática de Salud Pública en México y en el contexto de su participación en la estrategia Cruzada Contra el Hambre.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se titula: “Exploración de la propuesta alimentaria de Diconsa en el contexto de la ‘Cruzada Contra el Hambre’ en México 2013-2014 y de la obesidad como principal problemática de Salud Pública en México.” Cabe hacer mención que para fines prácticos de esta investigación se denomina ocasionalmente cruzada, a la “Cruzada Contra el Hambre” en México.

En México en 2012 se publicó que “alrededor de siete de cada 10 adultos (más de 49 millones) y uno de cada tres niños de cinco a 19 años (alrededor de 12 millones) presentan peso excesivo (sobrepeso u obesidad)” (Hernández et. al., 2012) que significan aproximadamente 62 millones de mexicanos, lo que representa el 55.5% de la población con referencia a 112 millones de habitantes que registra el ‘Censo de población y vivienda 2010’; cabe destacar, por lo anterior, que dentro de este contexto, México “ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad en niños como en adultos” (OPS, 2013 b). Aunado a esto, “una de cada cuatro defunciones que se registraron en el país tienen relación con el peso excesivo y que casi tres cuartas partes de las defunciones totales que [...] [rebasaron los] 600 000 [...] entran en la clasificación de aquellas debidas a las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición” (Hernández et. al., 2012); es decir, con este referente alrededor de 450 000 defunciones. Pero a pesar de este gran número de defunciones causadas básicamente por la obesidad que se menciona, en diciembre de ese mismo año se anuncia a nivel nacional la “Cruzada Contra el Hambre” como lo prioritario por atender por el gobierno del entrante poder ejecutivo Federal; el cual, lanza formalmente como estrategia esta “Cruzada” en enero del 2013.

Es cierto que en México existe carencia de acceso a la alimentación, “28.0 millones de personas” (CONEVAL, 2011) en 2010. Sin embargo, datos indican que “entre 1989 y 2012 México logró la meta de reducir a más de la mitad el porcentaje de personas que padecían de hambre y que sobrevivían con menos de 1.25 dólares diarios (de 9.3% en 1989 a 4.0% en 2012)” (Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2014), implicando con esto, que menos de 4.5 millones de personas en México padecen hambre.

Dada la complejidad de la cruzada por el número de instituciones y programas presentes en ella, es que se elige explorar la propuesta alimentaria del Programa de Abasto Rural (PAR) de Diconsa, dedicado a proporcionar a las poblaciones venta de alimentos con sus “25 mil 468 tiendas [fijas y móviles] en todo el país” (DICONSA, 2014 b). Por lo que se propone la exploración a una política social (PAR) presente en todo el país, inmersa en un contexto nacional donde la política de salud afronta a la obesidad como la principal problemática de salud pública en México.

Se definió DICONSA además, porque es de interés público el verificar la pertinencia de propuestas de función estatal, ya que es precisamente desde sus mismas instituciones y estructuras que el Estado mexicano está obligado a obedecer, a cumplir los mandatos y representar los intereses de las poblaciones; pues según el artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “la soberanía nacional reside esencial y originariamente en el pueblo. Todo poder público dimana del pueblo y se instituye para beneficio de éste [...]”.

Pregunta de investigación

En su estrategia alimentaria el Programa de Abasto Rural ¿integra o no la problemática de la obesidad en México?

Hipótesis

En México, no existe una consideración integral entre una política social y la política de salud.

Objetivo General

Explorar la propuesta alimentaria de Diconsa como un ejemplo de las políticas sociales en México y la relación que mantienen con la salud.

Delimitación espacio-temporal

La presente investigación se centrará en explorar la propuesta alimentaria del Programa Alimentario Rural (PAR) del Sistema de Distribuidoras Conasupo, S.A. de C.V. (Diconsa) a través de su participación en la estrategia de la Cruzada Contra el Hambre. La temporalidad estará centrada desde el anuncio de esta estrategia en diciembre de 2012 hasta cumplido el año, cuando se presenten los primeros resultados oficiales de su implementación. Se tomará como delimitación espacial México; se utilizarán algunas referencias y datos de otros años y espacios para correlacionar y teorizar el fenómeno alimentario de Diconsa como parte de un proceso socio-histórico.

Metodología

Se consideró apropiada la investigación explicativa, pues implica exploración, descripción y correlación, proporcionando un sentido más amplio de entendimiento del fenómeno al que se hace referencia. En ese sentido, se consideró apropiada una técnica mixta donde se apoyó la investigación tanto de la técnica cuantitativa con un análisis de contenido como de la cualitativa con un análisis del discurso.

Prácticamente toda la investigación es del orden teórico, se construyó en un primer momento un marco teórico con la recopilación conceptual de la revisión sistemática de publicaciones científicas derivadas de investigaciones y revisiones detalladas acerca de temas centrales con categorías y conceptos que se emplean en el campo de la salud, de la promoción de la salud y la política pública como son: la alimentación, la obesidad, la economía política, la cultura alimentaria, el materialismo histórico, entre otros; esta información fue necesaria para relacionarla en un segundo momento con los datos que paralelamente se fueron recabando en el apartado de análisis socio-histórico en una especie de simplificación de la realidad, con información de sucesos, tendencias que acontecieron y estadísticas, mismas que se analizaron para en un tercer momento en el apartado de la discusión entremezclarlos con el marco teórico tratando de darle sustento a la disertación entorno a la hipótesis y poder concluir. Lo mismo sucede en el apartado de Diconsa en la Cruzada se obtienen informaciones de teoría y realidad que se tratan de correlacionar e integrar en la discusión.

CAPÍTULO I. MARCO-TEÓRICO CONCEPTUAL

“Nuestra máxima preocupación debe centrarse siempre en los grupos desfavorecidos y vulnerables. Estos grupos parecen a menudo ocultos, pues viven en zonas rurales remotas o en barrios marginales y apenas tienen voz política”

Dra. Margaret Chan, Directora General. (OMS, 2014 a).

1.1 La salud y la labor de la promoción de la salud

Se tiene que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1946 considera que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013 f). Un par de años después, en 1948, Henry Sigerist sostuvo que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso, y llamó Promoción de la Salud (PS) a la tarea de lograr el acceso de la población a ella” (Villar, 2011).

Así, para 1978, la OMS realiza la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; en Alma-Ata, Rusia; de donde surge a nivel mundial la necesidad de crear una estrategia “para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (Alma-Ata, 1978). Es decir, “la promoción de la salud nace de la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzar la Meta de ‘Salud para Todos en el Año 2000’, que no avanzaba como se esperaba, [entonces], dice Mahler (1986) según Restrepo, ‘el desarrollo de la Promoción es una reacción al fracaso anterior...’” (Mahler citado por Restrepo et al., 2002). Por lo que, “entonces la PS surge, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo” (Restrepo et al., 2002); que hacer esencial de la promoción de la salud para la salud.

Cabe destacar, que “la promoción de la salud es una práctica que el ser humano ha venido desarrollando a lo largo de la historia y que ha sido nombrada en algunos programas oficiales antes de la Conferencia de Ottawa en Promoción de la Salud en 1986, pero es aquí en donde se Institucionaliza, plasmándose en la llamada Carta de Ottawa [su acta de nacimiento y directriz oficial]” (Cerde et al., 2003). En dicha Carta, se define a la promoción de la salud como:

El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla [...] [Así mismo], la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (SSA, 2013 b).

Por lo que “la Carta [de Ottawa] se acoge al nuevo concepto de salud que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como la ‘abogacía’ o ‘cabildeo’, la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas” (Restrepo et al., 2002). En este sentido, para lograr sus propósitos, la promoción de la salud se divide en áreas de acción que expone la misma Carta de Ottawa, la cuales son:

1. “Construir políticas públicas saludables.
2. Crear ambientes que favorezcan la salud.

3. Desarrollar habilidades personales.
4. Reforzar la acción comunitaria.
5. Reorientar los servicios de salud” (Carta de Ottawa, 1986).

Ante ello, el participar en cualquier área de acción de la promoción de la salud desde la investigación o hasta la ejecución de tareas concretas en pro de mejorar las condiciones sociales salud de las poblaciones, es contribuir a mejorar los niveles de salud de la sociedad. Por ejemplo, al “impulsar políticas públicas saludables” la promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes buscando sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud” (SSA, 2013 a). Así es que, “la promoción de la salud trabaja conforme al principio de que la salud de la población es resultado no solo de atender necesidades específicas de salud, como garantizar la atención primaria de salud, sino también de abordar factores determinantes más amplios. Este principio constituye el fundamento del concepto de la promoción de la salud, de la guía y el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud” (OPS, 2013 a). Es decir que, siguiendo este mismo fundamento, las investigaciones en salud desde la promoción de la salud deben considerar alguna o algunas de las cinco áreas de acción de la promoción y al mismo tiempo abordar factores determinantes preferentemente amplios que puedan considerarse de mayor impacto social.

“De esa forma, la promoción de la salud incluirá acciones dirigidas tanto a los factores determinantes de la salud que no pueden ser controlados en forma inmediata por las personas, incluidas las condiciones sociales, económicas y ambientales y los factores determinantes dentro del control más inmediato de los individuos, incluidos los comportamientos de salud individual” (OMS, 2000). Lo que complejiza su investigación, sus propuestas y sus acciones, pues redimensiona su mirada a mayor amplitud y profundidad en los temas, además de que adquiere un compromiso integrador con su conocimiento espacio-tiempo-persona en sus contextos actuales, en retrospectiva y prospectiva. Por ello, para realizar la labor en promoción de la salud, entre otros, pueden tomarse estudios experimentales, teóricos, análisis, exploraciones, diagnósticos comunitarios o en salud ya creados, hacer nuevos o de-construirlos, tal que sirvan como elementos integradores para demostrar problemáticas, comprenderlas, prevenirlas o corregirlas, ya que:

No existe una sola ‘disciplina’ científica de promoción de la salud. Dada la diversidad de estrategias que se emplean para promover la salud, el fundamento científico para la promoción de la salud se toma de una amplia gama de disciplinas, incluida la salud y las ciencias médicas, las ciencias sociales y conductuales y las ciencias políticas. La promoción de la salud puede considerarse una disciplina integradora que utiliza un proceso sistemático a fin de reunir diferentes perspectivas disciplinarias y lograr los resultados propuestos (OMS, 2000).

Porque en esencia, la labor de promoción de la salud parte de conocer, apreciar y atender circunstancias que afectan la vida humana, que muchas veces es sumamente compleja. Por ello, en los términos señalados por Pombo (2013) para promoción de la salud según Almanza (2014) “no se trata de que el sujeto de estudio sea siempre el mismo, sino inversamente, como varias disciplinas refieren al estudio de un mismo objeto” (Pombo citado por Almanza, 2014).

1.1.1 La “vida como criterio de verdad”

Como se vio en el apartado anterior, la definición de salud implica la labor de la promoción de la salud, que en esencia se trata de intervenir para mejorar la vida humana; por lo que se debe tener un referente general de como se ha forjado esa vida humana y que la ha determinado.

Según la teoría materialista, el factor decisivo en la historia es, en fin de cuentas, la producción y la reproducción de la vida inmediata. Pero esta producción y reproducción son de dos clases. Por una parte, la producción de medios de existencia, de productos alimenticios, de ropa, de vivienda y de los instrumentos que para producir todo eso se necesitan; por otra parte, la producción del hombre mismo, la continuación de la especie” (Engels, 1884).

Por lo tanto, considerando la anterior postura de la teoría materialista, no sólo se trata entonces de producir por producir o reproducir por reproducir, ni tomar a cualquiera de los “modos de apropiación (Aneignungsweise)” Dussel (1991) o llamados erróneamente ‘modos de producción’ para producir y reproducir la historia; porque se trata de la producción y reproducción como lo dice Engels no solo de satisfactores sino del ser humano mismo, en ese sentido, ambas condiciones tanto de producción como de reproducción para la ‘vida inmediata’ deben permitir la forma más ‘digna’ de la reproducción del ser humano, es decir; “sin obstáculos para su desarrollo” (Sandoval y Delaplace, 2007).

Consecuentemente, ‘debe ser’ por la producción y reproducción de vida inmediata ‘digna’ en la que se centre el interés primordial para la realización de todo lo existente (ser humano-satisfactores). Porque precisamente es la procuración de la preservación de la existencia humana lo más importante en lo que se tiene que enfocar todo propósito y fin, porque sin ello no hay futuro para la especie humana; incluso velar más allá “del derecho de la protección del cuerpo como valor moral, social y jurídico; como principio fundamental de la bioética” (Frosini, 1997). Porque “esta ‘vida humana’ no es un concepto, ni un principio, y como tal ni siquiera un criterio. [...] es el Urfaktum (hecho original originante) de todo el campo y de todos los sistemas económicos (Dussel, 2014). Mismos, que precisamente no se han construido solos, por lo que este criterio incluye una referencia más de trascendencia para su formulación y es que: “la vida humana en comunidad, es el modo de realidad del ser humano y, por ello al mismo tiempo, es el criterio de verdad práctica y teórica” (Dussel, 2001), colocándose así este criterio, como “modo de realidad que abre el horizonte de la realidad como mediación para la vida. [Donde], el viviente enfrenta la realidad como el ‘lugar’ de su sobrevivencia, y la constituye como realidad ‘objetiva’ actualizándola antes como ‘verdadera’, para poder manejarla. De equivocarse (como el confundir: ‘Esto es alimento’, siendo en ‘verdad’ veneno) corre el riesgo de perder la vida. No es sólo un juicio falso, al ser práctico es un juicio mortal” (Dussel, 2001), que pone en riesgo la producción y reproducción de ‘la vida humana digna en comunidad’, misma que debe procurar precisamente la ‘Promoción de la Salud’.

1.1.2 Multidimensionalidad humana en la salud

Frente al hecho de que la promoción de la salud en su labor procura la producción y reproducción de la vida humana digna en comunidad, es que se debe considerar esta vida en sus diversos campos, sistemas y en sus diferentes dimensiones y facetas; se le debe tratar de comprender integrando la mayor información lógica, argumentada y demostrable posible que permita percibir de mejor manera la realidad de esa vida humana; desde su naturaleza a su condición y viceversa, para que la

labor en salud arroje elementos de conocimiento más precisos y lograr la mejoría de la salud de las poblaciones con mayor certeza.

Para lograr esta integración en general de la vida del ser humano, este debe ser considerado categóricamente “un ser plenamente biológico y plenamente cultural que lleva en sí esta unidualidad originaria” (Morín, 1999). Donde la cultura está constituida “de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas” (Braune y Jean, 2010). Por ello, “el conocimiento pertinente debe reconocer esta multidimensionalidad e insertar allí sus informaciones” (Morín, 1999). “Pues el conocimiento no puede ser dissociado de la vida humana ni de la relación social” (Morín, 2009).

1.1.3 Proceso salud-enfermedad y los determinantes en la salud

Hasta aquí se ha intentado explicar la relación de los temas abordados, donde la definición de salud implica la labor de la promoción de la salud; dicha labor a su vez procura la producción y reproducción de la vida humana digna en comunidad, porque la vida es el criterio imprescindible para la subsistencia del ser humano. A continuación se abordarán cuatro conceptos indispensables para entender de mejor manera los fenómenos de salud que ocurren en las poblaciones; dos llevan el nombre de este apartado y dos pueden verse en el siguiente 1.1.4.

Ahora, si el ser humano, según Morín, es considerado unidad bidimensional (biológico-cultural), es de entenderse también que es una unidad histórica y compleja en las sociedades que conforma, donde “la continua alternancia de la salud con la enfermedad es una circunstancia inherente a la condición biológica del hombre” (Vega, 2000 b) por lo tanto también histórica; “insertada en la perspectiva de una acción, de un movimiento, de un cambio [...] dentro del cual, simultáneamente las dos circunstancias (salud-enfermedad) hacen presencia en la misma temporalidad y en el mismo espacio” (Barona y Álvarez, s.f.). Así, por ejemplo:

Desde los primeros años de la década de 1980 Cristina Laurell ha sostenido que la enfermedad no es simplemente un estado biológico que deriva mecánicamente de la pobreza; que la salud y la enfermedad no son entidades separadas sino partes indisolubles de un solo fenómeno –al que denomina ‘proceso salud-enfermedad’– y que dicho proceso es incomprensible si no se analiza en conjunto con el devenir histórico de las sociedades (Laurell citada por Blanco et. al., 2011).

Por ello:

La nueva concepción del proceso salud-enfermedad (P-S-E) parte de la tesis de que la enfermedad en las sociedades divididas en clases tiene un comportamiento diferente en cada una de esas formaciones económico-sociales. Afirma, además, que el proceso salud-enfermedad es diferente para la clase dirigente respecto de la clase trabajadora. Establece, por lo tanto, que el proceso salud-enfermedad es ante todo un problema histórico, por lo cual su explicación es eminentemente social y que, finalmente, lo biológico está mediado por lo social (Valencia, 2007).

Ante esto, “plantearse el estudio del proceso de salud-enfermedad como un proceso social no se refiere solamente a una exploración de su carácter, sino que plantea de inmediato el problema de

su articulación con otros problemas sociales, lo que nos remite inevitablemente al problema de sus determinaciones” (Laurell, 1982).

En este sentido; “la relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas” (Álvarez, 2009). Fue durante ese siglo y el subsecuente, que se desarrollaron varias investigaciones y teorías causales sobre diversos padecimientos humanos y sus orígenes, lo que con el tiempo arrojó como categoría que englobaba a estas condiciones y circunstancias a los llamados ‘determinantes de la salud’. Conceptualizados como el “conjunto de factores tanto personales [biológicos humanos] como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones” (Villar, 2011). Así, en 1974 el Secretario de Salud y Bienestar en Canadá Marc Lalonde elabora un informe llamado ‘A new perspective on the health of Canadians’ (una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses), documento que da pie para establecer los nuevos paradigmas de la salud pues incorpora de manera oficial a los ‘determinantes de la salud’ (diagrama 1), “una herramienta analítica en la cual, a la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida se consideraban significativos tanto para la salud como para el sistema de atención de la misma como nuevas categorías que según su propuesta condicionan a esta [la salud]” (Rutty y Sullivan, 2010). Donde “la red causal permite reafirmar que la cercanía de un factor con la enfermedad no implica que sea el único responsable, ya que éste puede estar actuando como contribuyente o intermediario de otros factores. Por esta razón, Susser propone que, en vez de llamarlos factores causales, se les denomine con el término más amplio e inespecífico de determinantes” (Susser citado por Vega, 2000 b).

Con el tiempo, en pleno siglo XXI la categoría de los determinantes se ha tratado de re-nombrar como ‘los determinantes sociales de la salud’, que son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. [En donde] esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2013 d). De hecho, existe una ‘Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud’ de la OMS, que es la que precisamente propuso la anterior definición y la que considera sólo este tipo de determinantes.

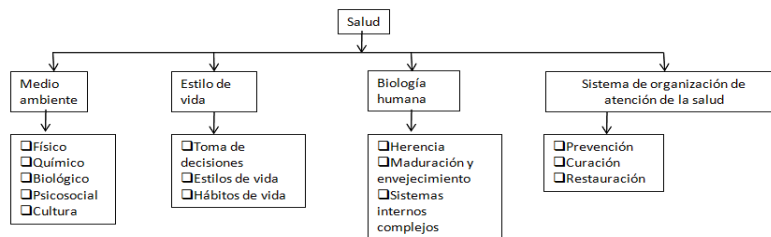


Diagrama 1. Determinantes de la salud dentro del campo de la salud. Fuente: Lalonde 1974 OPS según Ávila, 2009.

Ante esto, otros autores por ejemplo como Villar Aguirre considera que se denominan solamente ‘determinantes de la salud’ y que “se pueden dividir a estos en dos grandes grupos:

- I) Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del Estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos;

- II) y los de responsabilidad del sector Salud, que son los relacionados con los estilos de vida, los factores ambientales, los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población y con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones” (Villar, 2011).

Independientemente del arreglo que cada autor asigne a su propuesta de determinantes lo que es lógico es que “finalmente, se demuestra el hecho que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto (Laurell, 1982). Pues la salud de las poblaciones, depende del nivel de beneficios que entre determinantes les puedan infundir.

1.1.4 Perfil epidemiológico y transición epidemiológica

“La medición de la frecuencia con la cual la población enferma o muere, permite estimar, con cierto grado de certidumbre, la condición de salud que prevalece entre sus miembros” (Vega, 2000 b); y a esto se denomina perfil epidemiológico. Por lo que “las medidas de frecuencia que caracterizan la ocurrencia de enfermedades, discapacidades y muertes en la población, son indispensables en el diagnóstico de la salud colectiva” (Vega, 2000 b).

“La incidencia de algunos hechos vitales, como nacer, enfermar o morir, acontecen de manera casi ininterrumpida; varían su frecuencia en función del tiempo” (Vega b, 2000). Por lo que “los problemas de salud-enfermedad no pueden ni deben considerarse como fenómenos individuales, a pesar de que finalmente suceden en el individuo” (García et al., 2004). Porque el ‘perfil epidemiológico’ de una población “no son simples estadísticas sino explicaciones de la salud; que varían de una clase social a otra y que sufren modificaciones históricas según los cambios de las relaciones de poder que afectan los modos de vida” (Breilh, 2010).

“Actualmente ya nadie niega que cada tipo de sociedad corresponda un perfil específico de enfermedad [epidemiológico], y que este perfil está ligado al volumen y estructura de su población, su organización socioeconómica y su capacidad para atender la enfermedad [, padecimientos o condiciones que los causan]” (Hernández y López, s.f.). En ese sentido, el perfil puede cambiar de una condición determinada a otra, de ahí que pudiese entrar a una etapa denominada técnicamente de transición.

“Hay que mencionar tres procesos de cambio conocidos como transiciones demográfica, de riesgos, y epidemiológica” (De la Fuente et. al., 2001). Donde “el cambio en la exposición a los mismos se ha denominado la transición de riesgos” (De la Fuente et. al., 2001). En ese sentido tanto los perfiles epidemiológicos y la transición epidemiológica “se trata[n] de una problemática en salud íntimamente ligada a transformaciones económicas, tanto políticas como culturales” (González González, 2009). Por lo que a través de todo un proceso socio-histórico se llega a una transición determinada generándose un nuevo perfil epidemiológico.

1.1.5 Salud pública y la política como uno de sus instrumentos

Como se vio en los dos anteriores apartados, el proceso de salud-enfermedad emerge en el proceso socio-histórico con dependencia de los determinantes en la salud que lo condicionan; donde de esta relación resulta un perfil epidemiológico determinado que posibilita las condiciones para que

emerja una transición epidemiológica. Así pues, se expuso teoría que bosqueja la forma general en la que se construye un panorama determinado en salud.

Ahora viene, el cuestionamiento fundamental de ¿cómo procurar esa salud de las poblaciones? o ¿cómo atender las circunstancias que causan problemas de salud en las poblaciones?, es una pregunta que nos remonta muchos siglos atrás en la historia, pero que con el paso del tiempo la salud la encontró. Así, la salud llega a definirse no solo como salud, sino como salud pública, que se define como “la ciencia y el arte de promocionar la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida” (García et. al., 2004). En ese sentido, la salud pública retoma la esencia del ideal del concepto de salud, solo que define a quien va dirigido el objeto de su definición; en este sentido, al público; es decir la salud pública puede verse como la salud de las poblaciones. Por lo que, si “desde el ‘ágora’ griega o el ‘magno consejo’ de Venecia, la política es sinónimo de ‘lo público’” (Dussel, 2010), es por la política que se pueden atender las problemáticas de salud de las poblaciones. Por lo que la política se constituye como un instrumento de la salud pública.

1.1.6 El determinante político y el determinante económico en la salud

Con el anterior sentido de que la política se constituye como un instrumento de la salud pública, entonces es concluyente que “si se parte del hecho de que todas las políticas, y por tanto todos los sectores de gobierno, influyen en la salud de la población, es deseable promover la formulación de las políticas a favor de la salud” (Vega, 2000 b). Porque además “en general, en muchas áreas de la vida humana, las normas de conducta se formulan y se vuelven vigentes al margen de la maquinaria legislativa administrativa y judicial [...]” (Aguilar, 2007). Porque “el objeto de cualquier propuesta de política es controlar y dirigir cursos futuros de acción, [...] [Donde] las características fundamentales de la política pública son: su orientación hacia objetivos de interés o beneficio público (constitucional o legalmente prescritos) [...] [porque además] son acciones intencionales y causales” (Aguilar, 2012). Por lo que indudablemente determinan.

Es importante mencionar que en ocasiones, “la naturaleza de los asuntos humanos desafía a los planificadores [...] [sin embargo], algunos impactos son más fáciles de predecir que otros [...] Además algunas consecuencias pueden ser controlables” (Aguilar, 2007). Por ello, “lo que cuenta es la calidad de las políticas públicas que se analizan, diseñan, deciden y desarrollan” (Aguilar, 2007). Porque “la política es ante todo una acción en vista del crecimiento de la vida humana de la comunidad, del pueblo, de la humanidad” (Dussel, 2010). Porque “se trata de introducir transformaciones saludables donde quiera que se pongan en práctica políticas” (Aguilar, 2007). Es decir:

La creación de políticas saludables, que no se refieren exclusivamente a las específicas del sector sanitario; [...] [pues] la trascendencia de esta estrategia se refiere a reconocer que la salud está más relacionada con procesos políticos y sociales que con el desarrollo de servicios médicos curativos. [Donde] las políticas saludables se traducen en leyes, planes, programas, normas, decretos y reglamentaciones, dirigidos a facilitar y favorecer la elección de las opciones que propicien la salud (García et. al., 2004).

En ese sentido, respecto a la Política Social en México se tiene que:

Si bien la política social tradicionalmente se conforma de programas y estrategias dirigidos a mejorar la educación, la vivienda, la salud, la seguridad social, el medio ambiente, las condiciones sanitarias, disminuir la discriminación o con aquellos que se dirigen a la población en pobreza, es innegable que también lo que sucede con el crecimiento económico, con el mercado laboral, con la inflación, especialmente cuando ésta se refiere a los alimentos, forma parte en un sentido amplio de la política social de cualquier país (CONEVAL, 2012 b).

Por lo que “es difícil entender la situación del desarrollo social sin entender cuál es la evolución de las condiciones económicas de un país” (CONEVAL, 2012 b). Porque “la política social consiste en el conjunto [...] de principios y acciones gestionadas por el Estado, que determinan la distribución y el control social del bienestar de una población por vía política” (Blanco et. al., 2011). Tipo de políticas que atiende en México la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).

Respecto a la Política de Salud en México se tiene que:

La Organización Panamericana de la Salud indica que las directrices de las Políticas de Salud en México son “el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en México. Donde uno de los principales propósitos de estos últimos es erradicar la pobreza extrema y el hambre más tardar en 2015” (OPS, 2014).

También, “el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. En respuesta a dicho artículo se ha construido un amplio Sistema Nacional de Salud” (PND, 2013). El cual de acuerdo a la Ley General de Salud (LGS) en su Artículo 7º establece que “la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud correspondiéndole (entre otras atribuciones): I. Establecer y conducir la Política Nacional en materia de Salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal” (LGS, 2013). Esta Ley, en su Artículo 5º establece además que “el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud” (LGS, 2013). Donde una de las finalidades del derecho a la protección de la salud según su artículo 2º, Fracción I de esta misma Ley es “el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades” (LGS, 2013); y al mismo tiempo de acuerdo a la fracción II. “La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana” (LGS, 2013). Igualmente, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39 establece que a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. De lo cual la LGS en su Artículo 3º, establece que ‘es materia de salubridad general’ y en su fracción XII refiere a: “la prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo” (LGS, 2013). En donde además de acuerdo a la LGS en su Artículo 114 establece que “para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal” (LGS, 2013).

Al respecto “el Artículo 115 fracción IV establece que la Secretaría de Salud tendrá a su cargo: IV. Normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas” (LGS, 2013).

Ante lo expuesto sobre políticas, también es necesario reconocer citando a Hugh Hecló:

Que las políticas son algo más amplio que las muestras tangibles de legislación y de las regulaciones administradas por los departamentos gubernamentales. Una política, como una decisión, puede consistir en no hacer algo —por ejemplo, la inacción que evita que algunos grupos se liberen de ciertos costos— [...] Una política puede considerarse en última instancia como un curso de acción o inacción (Hecló citado por Aguilar 2012).

Por lo que es preciso reconocer que “serían necesarios muchos cambios en la política y en el proceso de elaboración de políticas para lograr una nueva forma de simbiosis entre el conocimiento y el poder” (Aguilar, 2007) para un mayor beneficio de la salud a través de la política.

Por estas razones, “para mostrar que una política está equivocada no basta mostrar argumentos en abstracto de que no se cumplieron con ella los objetivos importantes; hay que proceder a mostrar por qué razón habría de ser preferida otra política” (Aguilar 2012). Por lo que la política es determinante en la salud de las poblaciones.

Ahora bien, se ha observado además, en sentido público que:

Los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud. Dentro de los países, los datos muestran que en general cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos altos, medianos y bajos (OMS, 2013 c).

Es por ello que la economía también determina la salud de las poblaciones. De hecho, Joseph E. Stiglitz explica en su libro “‘El precio de la desigualdad’ que el 1 % de población tiene lo que el 99 % necesita. El 1 % de la población disfruta de las mejores viviendas, la mejor educación, los mejores médicos y el mejor nivel de vida” (Editorial Taurus, 2014).

Efectivamente, si la política es un determinante, en este caso la salud, se debe considerar el contexto político y algunas de las circunstancias que este genera también determinantes, por ejemplo, el modelo económico; por ello, el llamado modelo neoliberal con el que se encuentran hoy en día vinculados un gran número de los Estados del planeta incluido el mexicano (según Méndez (s/f) “a partir del sexenio presidencial 1982-1988” (Méndez, s/f) “ha pasado a ser una de las categorías explicativas más importantes para comprender lo que sucede en el mundo” (Feo, 2008). En particular tan solo en México, este tipo de economía bajo este modelo movilizaba para el desarrollo social logró “en 2011 la cobertura del programa social Oportunidades que tuvo un gasto de 4 993 778 207 dólares corrientes de ese año” (CEPAL citado por FAO, 2014). Es decir, con este peso de alguna manera ha sido determinante en las condiciones de la población.

De hecho, algo que permite explicar la relación de la economía sobre la salud -al menos en el contexto actual mexicano- es que “el neoliberalismo ancla sus planteamientos en el pensamiento neoclásico liberal” (Vázquez, 2012). Es decir, políticamente “el Estado liberal que el liberalismo propone es un modelo de Estado mínimo que no invada las actividades del libre mercado, sino que la fortalezca y la defienda y que proteja la propiedad privada de los medios de producción” (Vargas, 2007). Es decir, con esta postura se reconoce la supremacía de la política sobre la economía, además se reconoce que políticamente la economía es el interés primordial aún sobre otros rubros como lo pueden ser las condiciones sociales. Pues como lo define Bobbio según Vargas (2007), al neoliberalismo hay que verlo “como teoría económica, partidaria de la economía de mercado; como teoría política simpatizante del Estado que gobierne lo menos posible o, como se dice hoy, del Estado mínimo” (Bobbio citado por Vargas, 2007).

1.2 La alimentación y la nutrición como necesidades humanas

Hasta aquí, se han abordado algunos conceptos generales del campo de la salud que se han utilizado para tratar de explicar cómo se gesta en general el estado de salud poblacional. A continuación se explorarán contenidos relacionados al tema de la alimentación y su relación con la salud fundamentalmente física de las poblaciones. Ya que son elementos indispensables para concebir que sucede o no con la propuesta alimentaria.

Desde el punto de vista fisiológico, “la salud traduce el funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo. El ‘medio interno’ o ‘fisiológico’ regula la complejidad de los fenómenos físico-químicos generados como respuesta a los estímulos del ‘medio externo’, manteniendo de esta manera la armonía” (Vega, 2000 a). En ese sentido, cabe destacar que también el medio interno regula no sólo las respuestas a los estímulos internos sino las propias para preservar la armonía del cuerpo humano (medio de vida humana). Pero para lograr esto, el cuerpo humano al ser materia requiere de diversos elementos químicos que forman parte de su composición. Así, al obtener esta materia el organismo humano a través de diversos medios entre otros con la respiración y principalmente con la alimentación; “reduce los nutrientes de la dieta a formas que las células pueden absorber y usar para producir ATP y formar tejidos” (Derrickson y Tortora, 2010). Donde el ATP (adenosín trifosfato) es quien transfiere energía química para impulsar las actividades celulares” (Derrickson y Tortora, 2010) que permitan el funcionamiento del organismo humano. Ante ello, el ser humano tiene una ‘desventaja evolutiva’, pues “el hombre entre otros seres, es heterótrofo, es decir, que su supervivencia depende de las moléculas producidas por otros organismos vivos. A tales moléculas las transforma y de ellas obtiene la energía necesaria para vivir. Así mediante reacciones químicas como la oxidación, transforma la energía química en otros tipos de energía como trabajo mecánico, trabajo eléctrico o energía química almacenada” (Fasoli, 2007) misma que es aprovechada por el ser humano para generar condiciones de supervivencia.

Entonces, bajo estas condiciones energéticamente hablando, el ser humano es colocado como un ser permanentemente *necesitado*, fundamentalmente de elementos químicos que le permitan subsistir, los cuales son mediados básicamente por la respiración y la alimentación. Donde “la necesidad es la falta de algo. Maslow clasifica las necesidades en orden jerárquico primeramente considera (a) Necesidades deficitarias que son las más básicas, entre ellas las necesidades fisiológicas (entre se

ellas se encuentran la necesidad de liberarse de la sed y del hambre; de aliviar el dolor, el cansancio y el desequilibrio fisiológico; la necesidad de dormir, de sexo), y (b) Necesidades de desarrollo o superiores que se orientan hacia el logro de la autorrealización” (Maslow citado por Elizalde, 2006, pág. 4). Por lo que de manera general la alimentación humana es producto entonces priorizando, primeramente de una necesidad biológica (fisiológica, básica) que se tiene que atender.

Algo trascendental en la alimentación es que el ser humano “nace desde el útero materno y es recibido en los brazos de la cultura. [...] por ser un mamífero nace en otro y es recibido en sus brazos. [...] nace en alguien, y no en algo; se alimenta de alguien, y no de algo. (Dussel, 1996). En tal sentido el organismo humano es bio-selectivo por lo que el nuevo ser es alimentado de la madre con lo mejor de que dispone químicamente hablando. En general, “la inmediatez madre-hijo se vive también siempre como relación cultura-pueblo. El nacimiento se produce siempre dentro de una totalidad simbólica que amamanta igualmente al recién llegado en los signos de su historia. Antes que el mundo, entonces, ya estaba la proximidad” (Dussel, 1996). Por lo que la alimentación además de ser una necesidad biológica que se satisface desde antes del nacimiento toma un sentido de satisfactor de experiencia proxémica, de lo que disponga el ser en su ambiente cultural incluso antes de haber nacido. Por ello, además de la situación geográfica y climática, “el patrón alimentario es el resultado de la construcción social [en proximidad] de un país en el tiempo que refleja su alimentación habitual. El patrón enfrenta cambios permanentes originados en las transformaciones de la demanda determinada por cambios culturales de organización social y del desarrollo económico” (Hernández et. al., 2012) Por lo que en entonces la alimentación humana también posee una dimensión sociocultural; la cual, tomando la idea de Maslow, atiende a esa necesidad básica de alimentación en su dimensión biológica, seguida o al mismo tiempo, de una necesidad sociocultural de autorrealización de los sujetos, considerado lo dicho por Dussel, en la proximidad con otros.

En tal sentido; el “componente fundamental de la cultura alimentaria es lo que cada sociedad estima como alimento” (Hernández et. al., 2012) o concibiéndolo desde otro punto de vista, lo que cada sociedad disponga como alimento constituirá su cultura alimentaria.

Una de las definiciones de alimento se refiere a “cualquier sustancia que contiene nutrientes como [pueden ser] los carbohidratos, las proteínas y las grasas [lípidos] que pueden ser ingeridas por un organismo vivo y metabolizadas en energía y en tejido corporal” (Yudkin, 2007), además de vitaminas, minerales y agua. Sin embargo uno de los conceptos que se consideran un poco más adecuados para este trabajo es el expuesto por el Código Alimentario Argentino, donde el alimento es “toda sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas, que ingeridas por el hombre aportan a su organismo los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de sus procesos biológicos” (Pacheco, 2009). Resultando entonces que el alimento y la alimentación son “un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores, tanto de naturaleza biológica como de carácter social en el marco de la cultura” (Hernández et. al., 2012). Así, el alimento se constituye como el recurso, la alimentación cómo el proceso de aprovechamiento hasta “el metabolismo, que no es otra cosa que las transformaciones de las moléculas de que estamos compuestos” (Peña, 2001). Ahora:

El término nutrientes específicamente se refiere a cualquier sustancia incluyendo [como macronutrientes] a las proteínas, aminoácidos, grasas o lípidos, carbohidratos o hidratos de carbono, [y como micronutrientes] agua, vitaminas y nutrientes inorgánicos (minerales) consumidos normalmente como componente de un alimento o bebida [...] que proporciona energía; o es necesaria para el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la vida; o cuya carencia haga que produzcan cambios químicos o fisiológicos característicos (DOF, 2013 b).

De este término, se desprende el de la nutrición, que se refiere “al conjunto de procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrientes por el organismo. En el ser humano tiene carácter bio-psico-social” (DOF, 2013 b). Por lo que la nutrición “es un proceso muy complejo que va de lo social a lo celular [...] El cual tiene su punto de partida fisiológico en la ingestión de los alimentos disponibles en el medio ambiente (parte de tal proceso se esquematiza en la figura 1) [...] [Donde] el estado nutricional es la condición de salud de un individuo influido por la utilización de los nutrientes” (Pacheco, 2009). Cabe mencionar que la palabra ‘dieta’ es recurrente en el tema de la alimentación la cual “se considera que significa un régimen prescrito de alimentos y bebidas, que se consume habitualmente” (Yudkin, 2007).

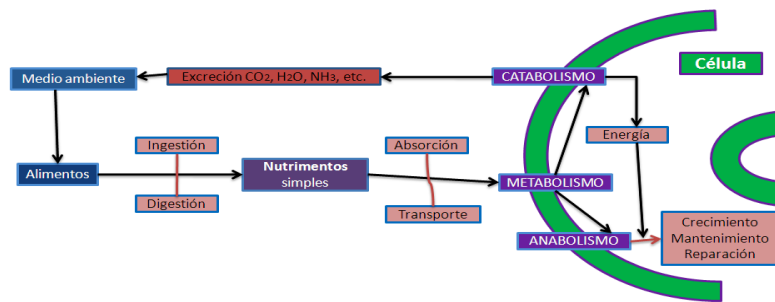


Figura 1. El proceso de la nutrición. Fuente: Pacheco, 2009, pág. 529.

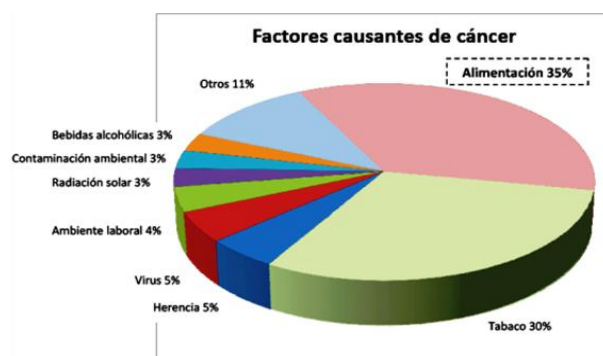
Relacionado con la alimentación y nutrición, surge un concepto denominado malnutrición, que “es el estado de salud producido por unas prácticas nutricionales prolongadas que no coinciden con las necesidades nutricionales” (Gordon, 2008). Malnutrición se refiere también:

Para una serie de condiciones que dificultan la buena salud. Causada por una ingestión alimentaria inadecuada o desequilibrada o por una absorción deficiente de los nutrientes consumidos. Se refiere tanto a la desnutrición (privación de alimentos) como a la sobrealimentación (consumo excesivo de alimentos en relación a las necesidades energéticas) (FAO, 2013).

Al respecto, parafraseando a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el término hambre se refiere a una condición de vida en la que no se dispone de una alimentación suficiente para llevar una vida activa y saludable (FAO, 2013). La FAO también equipara al hambre con el término subalimentación que es el “estado en que la ingestión alimentaria regular no llega a cubrir las necesidades energéticas mínimas [...] La necesidad exacta viene determinada por la edad, tamaño corporal, nivel de actividad y condiciones fisiológicas como enfermedades, infecciones, embarazo o lactancia” (FAO, 2013), donde “la subnutrición es el resultado de una ingesta inadecuada de alimentos —ya sea en términos de cantidad o de calidad” (Índice Global del Hambre, 2012). Ejemplo de esta equiparación puede verse expresa en el documento emitido por la FAO ‘Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2013’ cuando menciona: “debe tenerse en cuenta que para la estimación de los

avances relativos al hambre existen dos indicadores complementarios: la subalimentación o hambre monitoreada por la FAO” (FAO, 2014). Cabe destacar que “el indicador de la FAO para subnutrición se basa en un año entero y el consumo medio de alimentos a lo largo de este período se considera el nivel habitual” (FAO, 2012).

Tan importante es la alimentación y la nutrición en el bienestar de las personas que en la gráfica 1 se muestra el peso que tiene como factor causante de cáncer, quedando en primer lugar con un 35% y el tabaco en segundo con 30%.



Gráfica 1. Factor causante de cáncer. Fuente: Pamplona citado por González Hernández, 2009, pág. 16.

En el tema de la alimentación los términos de seguridad alimentaria e inseguridad alimentaria y nutrición también son importantes porque nos hablan de esta necesidad humana de alimentarse más allá de lo molecular; por lo que se considera que existe seguridad alimentaria:

Cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, económico y social a suficientes alimentos inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades alimentarias para desarrollar una vida activa y sana. E ‘inseguridad alimentaria’ cuando las personas carecen de acceso a una cantidad suficiente de alimentos inocuos y nutritivos, y por tanto no se están alimentando de forma adecuada para desarrollar una vida activa y sana. Puede deberse a la falta de disponibilidad de alimentos, al insuficiente poder adquisitivo, o a un uso inadecuado de los alimentos a nivel familiar (FAO, 2013).

“A fin de aportar al organismo los requerimientos energéticos, un individuo debe consumir macronutrientes, es decir, carbohidratos, grasas y proteínas” (Pacheco, 2009). “En México, la recomendación es utilizar de la ingestión calórica total por día valores de 60%, 25% y 15% para carbohidratos, grasas y proteínas respectivamente” (Pacheco, 2009). Donde se debe “la ingestión en proporciones adecuadas de los nutrientes necesarios para conservar la salud” (Pacheco, 2009). Donde “el hecho de no consumir suficiente cantidad de frutas, verduras, legumbres, lentejas, granos integrales [...] puede incrementar su riesgo de problemas de salud, entre ellos cardiopatía, cáncer y salud ósea deficiente (osteoporosis)” (NIH, 2013a).

1.3 Otros aspectos biológicos de la alimentación y sus padecimientos de la transición

Primeramente es importante tener presente que “el alimento es una mezcla sumamente compleja de nutrientes y sustancias no nutritivas” (Klaassen y Watkins, 2005), es decir, en esencia de estructuras químicas.

los seres vivos han estado expuestos desde su origen a numerosas toxinas de origen natural [...] [por lo que] a través de la evolución orgánica; se fueron desarrollando mecanismos de protección en contra de los efectos adversos de las mismas [...] Sin embargo, a partir de la Revolución Industrial del siglo XVIII se comenzó a producir en grandes volúmenes no sólo maquinaria, sino diversos productos químicos, [...] agentes químicos o grupos capaces de interactuar en las células con macromoléculas vitales (Rodríguez, 2003).

Por lo que está ligado el hecho industrial químico con la alimentación. Es decir, los cambios químicos-productivos que se han estado presentando en la humanidad toman un sentido de sumo interés al reconocer que “el alimento que a diario consumimos es una mezcla compleja de sustancias, donde coexisten mutágenos y antimutágenos, de origen tanto natural como artificial (residuos de pesticidas), así como algunos otros compuestos que se añaden intencionalmente con el propósito de conservar el alimento, y que en principio no tienen valor nutritivo” (Rodríguez, 2003). Donde por ejemplo: “los iones de sodio y de potasio en niveles superiores de 400 mOs/kg producen daño cromosómico, mutaciones y transformaciones celulares. [De esto] Ashby [en sus estudios] sugiere un mecanismo a través del cual los altos niveles de iones monovalentes reemplazan al ion divalente de magnesio en la cromatina, lo que produce rompimientos” (Ashby citada en Rodríguez, 2003). Por lo que la alimentación (dieta-nutrición-cultura) constituye un factor determinante [entre otros] en la génesis o no, de padecimientos que impactan en la salud de los individuos y evidentemente de las poblaciones. Esto porque, “por lo general, los alimentos tiene una constitución más compleja y variable que el resto de las sustancias a las que se ven expuestas las personas, y las personas se exponen a los alimentos más que a cualquier otra sustancia química” (Klaassen y Watkins, 2005).

Al respecto, “pruebas recientes indican que una dieta deficiente [incorrecta] es uno de los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las enfermedades crónicas, una de las principales causas de muerte en los adultos [principalmente]: enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes y algunas formas de cáncer. (Gordon, 2008). De lo cual, lamentablemente “la gran tragedia es que estas enfermedades suelen ser evitables” (Gordon, 2008).

Esto nos refiere a que las transformaciones en sentido de la composición alimentaria de las poblaciones están provocando otro tipo de transformaciones como la transición epidemiológica y el cambio en los perfiles epidemiológicos; específicamente la FAO refiere esta situación con el concepto de ‘Transición Nutricional’, que:

Se refiere a los grandes cambios en la dieta que producen un impacto nutricional, como variaciones en la estatura y composición corporal, como consecuencia de los cambios en los patrones alimentarios, correlacionada con factores económicos, sociales, demográficos y de salud. Los cambios en la dieta se producen por un aumento en la oferta de alimentos procesados altos en azúcares, grasas y sal y disminución en el consumo de alimentos saludables como frutas y verduras. En ese proceso coexisten la desnutrición y un progresivo aumento en el sobrepeso u obesidad, como consecuencia del aumento de la oferta de alimentos procesados y la reducción de la actividad física, siendo estos factores de riesgo en el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas (FAO, 2013).

Según la FAO en la actualidad “la ‘Transición Epidemiológica’ describe el cambio de una situación de alta prevalencia de enfermedades infecciosas y desnutrición, a otra de alta prevalencia de

enfermedades crónicas y degenerativas fuertemente asociadas con estilos de vida. Se observa un predominio de la expectativa de vida y de las enfermedades crónicas, degenerativas y metabólicas” (FAO, 2013) donde la malnutrición lleva un rol muy importante. Según la misma FAO (2013) “la malnutrición refiere tanto la ‘privación de alimentos’ como el ‘consumo excesivo de alimentos’ en relación a las necesidades energéticas” (FAO (2013)).

Sin embargo, aunque uno de los grandes problemas de la malnutrición que agobia a la humanidad es el ‘hambre’, son los padecimientos ascendentes de la transición epidemiológica los que se colocan como los más preocupantes, en especial en México el sobrepeso y la obesidad, ya que esta, “está asociada causalmente con pérdida de salud; es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, e hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica y los infartos cerebrales), enfermedades osteoarticulares, ciertos tipos de cáncer como el de mama, próstata y colon, apnea de sueño y varias otras enfermedades” (Hernández et. al., 2012). Al respecto, “existe evidencia convincente de que el exceso de grasa corporal, medido a través de IMC, se ha relacionado con el aumento de riesgo de cáncer de esófago, páncreas, colon y recto, mama (en cáncer postmenopáusico), endometrio y riñón; y también existe evidencia probable de que incrementa el riesgo de cáncer de vejiga” (Word Cancer Research Found & American Institute for Cancer Research Food citados por Hernández et. al., 2012). Lamentablemente:

Las enfermedades crónico-degenerativas, colocan en una situación de permanente vulnerabilidad (de por vida, dirían otros), a todo aquel que es diagnosticado con algunos de los padecimientos identificados como parte de este tipo de enfermedades, y a las cuales también se les ha abordado desde una mirada y actuación médica con los altos costos no sólo de índole económica, sino en términos del dolor humano que se ha tejido en torno a ellas” (González González, 2009).

Por lo que se hace necesario conocer los padecimientos ascendentes de la transición:

a) Obesidad

Aunque la obesidad según Hernández et. al., (2012) es una padecimiento de etiología multifactorial, de curso crónico. En términos prácticos, “la razón biológica primaria de la obesidad es simple: se acumula tejido adiposo —y en consecuencia el peso corporal aumenta” (Hernández et. al., 2012).

“Los indicadores más utilizados para definir la composición corporal en los adultos son el IMC y circunferencia de cintura. Aunque el perímetro de cadera también puede ser utilizado para predecir el riesgo de enfermedad cardiovascular, no es un indicador aceptado internacionalmente” (Hernández et. al., 2012, pág.81). IMC. Se obtiene al dividir el peso corporal entre la talla elevada al cuadrado (Kg/m²).

La clasificación de la obesidad por IMC según la norma oficial mexicana (008-SSA3-2010) es:

Bajo peso	Normal	Sobre peso	Obesidad
<18.5	18.5-24.9	25-29.9 o ≥23 y <25 en adultos de baja talla	≥30 o ≥25 en adultos de baja talla

Una de las explicaciones fisiológicas sobre la obesidad es que:

La ingestión de cargas de sustratos energéticos origina respuestas insulínicas en forma de picos a las que el organismo humano no estaba acostumbrado y que favorecen el depósito de grasa, la aterogénesis y la retención de sodio [...] La elevación del contenido del triacil glicerol (aportan 9 kcal/g) aumenta la densidad energética de la dieta, lo que se actúa con la presencia de etanol (7kcal/g) y sacarosa y con la reducción de las fibras. A su vez, el aumento de triacil glicerol —que casi no inducen la saciedad— y la reducción de fibras —que la inducen con eficacia— dan lugar a dietas que producen menor saciedad y lo hacen en forma tardía. El retraso en la saciedad combinado con la alta cantidad energética de la dieta favorece la ingestión excesiva y más aún si la dieta es atractiva o hay factores que alientan su consumo (Hernández et. al., 2012).

De igual manera “el exceso de grasa corporal afecta directamente los niveles de varias hormonas circulantes, como la insulina, los factores de crecimiento ligados a la insulina, y los estrógenos; esto crea un ambiente que favorece la carcinogénesis y obstruyen la apoptosis; así también, la grasa corporal, estimula la respuesta inflamatoria del cuerpo lo cual puede contribuir al inicio y progresión de varios tipos de cáncer” (Hernández et. al., 2012).

Por último, “si se considera que la predisposición genética [para la obesidad] ha existido mediante milenios sin producir epidemia alguna, esta se debe atribuir entonces a cambios ambientales” (Hernández et. al., 2012, pág.118). “Después de todo e independientemente de la composición genética, la obesidad no se produciría sin comer” (Abbas et. al., 2008).

b) Diabetes mellitus 2

Dentro de su fisiopatología “normalmente, después de una comida, el aumento de la glucemia lleva al páncreas a secretar insulina. Esto activa los sistemas de transporte que introducen la glucosa a la célula, donde sirve de carburante. El excedente se almacena, en particular en forma de grasas y la glucemia regresa a los valores normales (glucemia en ayunas <110 mg/dl). En la diabetes tipo 2 la glucemia permanece muy elevada:

1. Por insuficiencia de secreción de insulina a nivel de la células beta pancreáticas (insulinopenia),
2. y/o por defectos de penetración de la glucosa a la célula (resistencia a la insulina).

Lo grave en este caso es 1. La falta de energía a la persona y 2. La hiperglucemia que daña las paredes de los vasos sanguíneos en su conjunto y entraña especialmente: complicaciones cardiovasculares, oculares, renales (nefropatía), problemas atróficos (pie diabético)” (Comexfarma, 2010).

c) Cáncer

“Debido a que el cáncer es un trastorno del crecimiento y comportamiento celular, debe definirse su causa principal a nivel celular y molecular” (Abbas et. al., 2008). “Cuando las células de una parte del cuerpo se dividen sin control, el exceso de tejido que se genera se denomina tumor o neoplasia. La neoplasia cancerosa se denomina tumor maligno. Una propiedad de la mayoría de los tumores

malignos es la capacidad de producir metástasis, la diseminación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo” (Derrickson y Tortora, 2010).

Varios factores pueden desencadenar la pérdida del control celular en una célula previamente normal y hacer que esta se vuelva cancerosa. Una de las causas son los agentes ambientales: sustancias en el aire que respiramos, el agua que bebemos y la comida que ingerimos. El agente químico o radioactivo que produce cáncer se denomina carcinógeno. Los carcinógenos inducen mutaciones, cambios permanentes en la secuencia de bases de ADN de un gen. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los carcinógenos están asociados con el 60 al 90% de los cánceres humanos (Derrickson y Tortora, 2010).

Es prudente mencionar “que existen compuestos químicos que no son carcinógenos, pero que potencian el efecto de carcinógenos. Estos agentes químicos se llaman cocarcinógenos y suelen actuar en la etapa de promoción tumoral” (Rodríguez, 2003).

Así, se tiene en el país que:

La suma de los cambios demográficos y de la exposición cada vez mayor a factores de riesgo asociados con las enfermedades no transmisibles han modificado el perfil epidemiológico en México [...], puede señalarse que en 1930 las enfermedades no transmisibles más importantes, como la cardiovascular, la diabetes, los tumores y las cerebrovasculares, representaban solo el 8% de todas las muertes, mientras que para los primeros años del [...] [año 2000], contribuyen con 34% de las defunciones (De la Fuente et. al., 2001).

Un dato interesante es que en el 2001 autoridades sanitarias y expertos estimaban que para el año 2030 este tipo de padecimientos tendrían “un peso cercano a 60% de total de muerte por ese tipo de enfermedades” (De la Fuente et. al., 2001). Situación que ha sido rebasada desde 2012. Pero a pesar de estos desaciertos, se rescata la correlación histórica que encontraron entre este tipo de padecimientos en México, ejemplo de ello es que:

- I) “En el periodo comprendido de 1994 a la fecha se ha observado un incremento constante en la mortalidad por enfermedades del corazón, ya que en 1994 la tasa por 100 mil habitantes era de 67.5 y para 1999 fue de 70.6” (De la Fuente et. al., 2001).
- II) “Respecto a los casos nuevos de hipertensión arterial, también se ha observado un incremento durante el mismo periodo, ya que ha pasado de una tasa 298 por 100 mil habitantes en 1994 a una tasa de 401.4 en el 2000” (De la Fuente et. al., 2001).
- III) Además, otros “dos indicadores están estrechamente vinculados: la mortalidad por enfermedad cerebrovascular y los casos de hipertensión arterial. En el primero, se ha observado un incremento muy discreto en el periodo comprendido entre 1994 y 1999” (De la Fuente et. al., 2001).
- IV) “Respecto a los tumores malignos se han incrementado de manera importante en los últimos años; la tasa de mortalidad que era de 27.9 en 1950 se elevó a 50.7 en 1990 y para 2000 en forma preliminar se tiene 54.3; el peso relativo con respecto al total de defunciones se elevó de 1.7 en 1950 a 13%” (De la Fuente et. al., 2001).

Al respecto, en este sentido resulta interesante años después la expresión del Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete, Director General de Promoción de la Salud, México. En 2013: “los determinantes que

influyen sobre la salud de los mexicanos se relacionan con factores externos al sector salud: modificaciones en los estilos de vida, inequidad económica, marginación social y falta al acceso de oportunidades” (Jaramillo, 2013).

1.3.1 Los xenobióticos, piezas claves en el hecho alimentario

Derivado del tipo de alimentación, “a medida que en una persona, aumenta la cantidad de tejido adiposo [por el aumento de adipocitos], aumenta de peso, y se forman al mismo tiempo nuevos vasos sanguíneos. Esta situación puede traer consigo un mayor esfuerzo del corazón para bombear la sangre y se puede desencadenar un estado de hipertensión arterial” (Derrickson y Tortora, 2010). Sin embargo, aunque este es un mecanismo de respuesta del cuerpo humano muy importante en el tema de obesidad, también hay mecanismos a nivel celular del organismo humano casi imperceptibles que resisten de cierta manera a condiciones derivadas de la alimentación que son de sumo interés, como la acción del sistema inmunológico o de los citocromos P-450 como mecanismos de resistencia a elementos nocivos presentes en la alimentación.

Para empezar a hablar de mecanismos de resistencia más que de respuesta, es necesario considerar que esta acción conlleva dualmente una condición de riesgo, que básicamente proviene del medio externo, donde “los seres vivos están expuestos a la acción de numerosos agentes potencialmente tóxicos, sean éstos físicos, químicos o biológicos, patológicos y, en algunos casos genéticos” (Rodríguez, 2003). Donde “las sustancias químicas exógenas, conocidas comúnmente como agentes xenobióticos, se encuentran en el aire, agua, los alimentos y el suelo; son absorbidos por el organismo mediante inhalación ingestión y contacto cutáneo” (Abbas, 2008). Por lo que “las poblaciones de organismos pueden estar expuestas a las toxinas de manera 1) involuntaria, 2) voluntaria, 3) ocupacional” (Rodríguez, 2003). Ante esto, es preciso indicar que “en general, el termino toxina hace referencia a las sustancias toxicas que son producidas por sistemas biológicos tales como plantas, los animales, los hongos y las bacterias. [Y], al hablar de los agentes tóxicos que tienen como origen las actividades antropogénicas (humanas), o que son un subproducto de tales actividades, se utiliza la palabra tóxico” (Klaassen y Watkins, 2005).

Para que una sustancia química provoque efectos tóxicos sobre un biosistema es necesario que dicha sustancia o sus metabolitos (biotransformación) alcancen en el lugar apropiado del cuerpo y durante un tiempo adecuado, una concentración suficiente como para producir una manifestación toxica. El que tenga lugar o no la respuesta toxica dependerá de las características químicas y físicas de la sustancia, del lugar de exposición de la metabolización del agente por parte del sistema y de la sensibilidad del propio biosistema o individuo” (Klaassen y Watkins, 2005).

Al respecto, “las características de la exposición y el espectro de los efectos se enmarcan en una relación correlativa denominada habitualmente relación dosis-respuesta” (Klaassen y Watkins, 2005). En donde “los efectos tóxicos aparecen si el toxico agota o deteriora los mecanismos protectores o supera la capacidad de adaptación del sistema biológico” (Klaassen y Watkins, 2005). Aquí cabe hacer mención que por eso es necesario conocer el mecanismo de resistencia del cuerpo humano, como el mecanismo de la acción de los xenobióticos.

Así, unas de las particularidades de la acción de los xenobióticos son, que:

- a) “La exposición a los agentes tóxicos puede presentarse en forma aguda, es decir, en un solo episodio generalmente accidental, cuando ingresan al organismo cantidades elevadas de alguna toxina [o toxico]. Puede darse de forma crónica, si existe exposición continua a dosis bajas, que puede ir acompañada de su acumulación en el organismo, produciéndose la respuesta toxica después de mucho tiempo” (Rodríguez, 2003).
- b) “En general, los agentes químicos que son solubles en agua son menos peligrosos que los insolubles, debido a que suelen ser menos volátiles, más móviles y biodegradables” (Rodríguez, 2003).
- c) “Una vez que ingresa una toxina al organismo, por cualquier ruta, ésta es absorbida y distribuida por el torrente circulatorio hasta llegar a las células blanco, que son las que tienen los receptores para un compuesto químico específico” (Rodríguez, 2003).
- d) Los agentes tóxicos pueden eliminarse de la circulación al ser excretados por el riñón, o quizá acumularse en los tejidos grasos, o bien biotransformarse en las células del hígado y otros órganos” (Rodríguez, 2003).

Además de lo anterior, “la solubilidad de las toxinas en los lípidos de las membranas es un factor determinante para su absorción, por lo cual su acumulación en los tejidos adiposos del cuerpo está íntimamente ligada a esta propiedad; así que en las grasas del cuerpo es donde se concentran y guardan las toxinas” (Rodríguez, 2003).

De acuerdo a todo lo anterior; estudios realizados por: ‘Barker DJP et al. Weight gain in infancy and death from ischaemic heart disease, 1989’. Determinan que hay que considerar “la evidencia de que los riesgos de sufrir enfermedades crónicas empiezan en la vida fetal y persisten hasta la vejez es cada vez mayor. Por consiguiente, las enfermedades crónicas del adulto reflejan distintas exposiciones acumuladas durante toda la vida a entornos físicos y sociales perjudiciales” (OMS, 2003).

1.3.2 Aditivos alimenticios y los citrocromos P 450

Los aditivos alimenticios “son sustancias que se vuelven parte de un producto alimenticio cuando son agregadas a éste durante su procesamiento o producción” (NIH, 2013). Pueden ser colorantes, saborizantes, antioxidantes, blanqueadores, espesantes (emulsificantes, gelificantes, estabilizadores), separadores, humectantes, solventes, clarificadores, liberadores, espumosos, ácido ascórbico, ácido benzoico y benzoato de sodio, nitratos y nitritos, edulcorantes, etc.

La mayoría de las preocupaciones respecto a los aditivos alimenticios con los alimentos, tienen que ver con que son ingredientes artificiales que se les agregan a los alimentos como: “antibióticos aplicados a los animales que devienen en alimentos; antioxidantes en los alimentos aceitosos o grasos; edulcorantes artificiales, como aspartamo, sacarina y ciclamato sódico; ácido benzoico en jugos de fruta; lecitina, gelatinas, almidón de maíz, ceras, gomas; propilenglicol en los estabilizadores de alimentos y emulsionantes; tintes y sustancias colorantes; glutamato monosódico (GMS); nitratos y nitritos en los [embutidos] y otros productos cárnicos; sulfitos en la cerveza, el vino y las verduras enlatadas” (NIH, 2013).

“Es posible que algunas sustancias que se consideran dañinas para las personas y los animales sean admitidas [científicamente] sólo a nivel de una centésima parte de la cantidad que se considera peligrosa. Para su propia protección, las personas con alergia o intolerancia a algún tipo de alimento deben revisar siempre la lista de ingredientes (etiqueta). Las reacciones a algún aditivo pueden ser leves o graves” (NIH, 2013). En ese sentido, aunque “la función fisiológica del sistema inmunitario es la defensa frente a microorganismos infecciosos. No obstante, las sustancias extrañas de naturaleza no infecciosa también provocan respuestas inmunitarias. Además, los mecanismos que normalmente protegen a los individuos de las infecciones y eliminan sustancias extrañas son capaces, en ciertas circunstancias, de producir por si mismos lesiones y enfermedades” (Abbas et al., 2002). Tal es el caso de los citocromos P 450:

Después de que un agente xenobiótico ha sido absorbido por el organismo, éste es biotransformado. Por lo general los productos del metabolismo son más solubles en agua, lo que facilita su eliminación y hace desaparecer su toxicidad; en otras ocasiones se obtiene una sustancia como producto intermedio del metabolismo, la cual es más reactiva que la original, y que puede reaccionar con otras macromoléculas celulares (Rodríguez, 2003).

Así, “las enzimas que metabolizan productos xenobióticos se localizan en la mayor parte de los tejidos del organismo, principalmente en el aparato digestivo (hígado, intestino delgado e intestino grueso) [...] El hígado se considera el metabolizador principal tanto de sustancias químicas endógenas (p. ej., colesterol, hormonas esteroides, ácidos grasos y proteínas) como de los productos xenobióticos” (Brunton, et. al., 2007). “En principio, el conjunto de enzimas de los eucariontes hidroliza, oxida y reduce compuestos extraños, reacciones que se llevan a cabo en el sistema de citocromos P-450 [CYP 450]” (Rodríguez, 2003).

1.3.3 Epigénética y la alimentación

En el lenguaje de la genética “los ácidos nucleicos son las macromoléculas en las cuales se almacena y procesa toda la información genética de los sistemas biológicos” (Rodríguez, 2003). “La unidad funcional más sencilla en una molécula de ADN es un gene [o gen], y no hay que olvidar que las características tanto visibles como fisiológicas de los seres vivos dependen de la estructura y de la expresión precisa de los genes” (Rodríguez, 2003). “A veces el cambio de un solo aminoácido es suficiente para alterar la función de una proteína. Estos cambios en la arquitectura de las proteínas son producto de las alteraciones o mutaciones en la secuencia de bases de un gene en particular” (Rodríguez, 2003). “Sin embargo, en los seres vivos existen sistemas enzimáticos de reparación de lesiones del ADN que son muy eficientes y que restituyen rápidamente la base original” (Rodríguez, 2003). “Los cambios en el material genético pueden inducirse por agentes físicos o químicos, llamados mutágenos, que aumentan considerablemente su frecuencia” (Rodríguez, 2003).

Estos cambios pueden suceder por material químico estructuralmente no exacto es decir, análogo. “Los análogos de bases son compuestos químicos similares a las bases nitrogenadas, pero con propiedades de apareamiento distintas, de manera que al incorporarse en el ADN producen mutaciones porque durante la duplicación provocan sustituciones de una base por otra” (Rodríguez, 2003).

Se ha descubierto que las experiencias que sufre un individuo pueden desencadenar modificaciones en el patrón de marcas epigenéticas sobre su genoma, las cuales a veces se transmiten a su descendencia [...] Lamentablemente, recientes estudios también parecen sugerir que una dieta rica en grasas o abusar de sustancias como el tabaco puede tener consecuencias que van más lejos aún de lo que pensábamos [...] Los hábitos de nuestra vida (la alimentación, el ejercicio, la medicación, las enfermedades e incluso los factores emocionales y psicológicos...) afectan nuestro epigenoma, memorizando un legado que incluso podría ser transmitido a nuestras generaciones a través de la impronta (Romá, 2014).

Por lo que, “entre los factores ambientales figuran los epigenéticos (propuestos por Barker) que se superponen al efecto de los genes” (Hernández et. al., 2012). “La epigenética se puede considerar como el conjunto de modificaciones químicas que como si fueran interruptores, pueden activar o silenciar genes” (García, 2012) (Ver figura 2). Donde “las modificaciones más comunes son la acetilación y la metilación de los residuos de lisina en las histonas H3 y H4” (Waterland, R.A. citado por Hernández et. al., 2012).

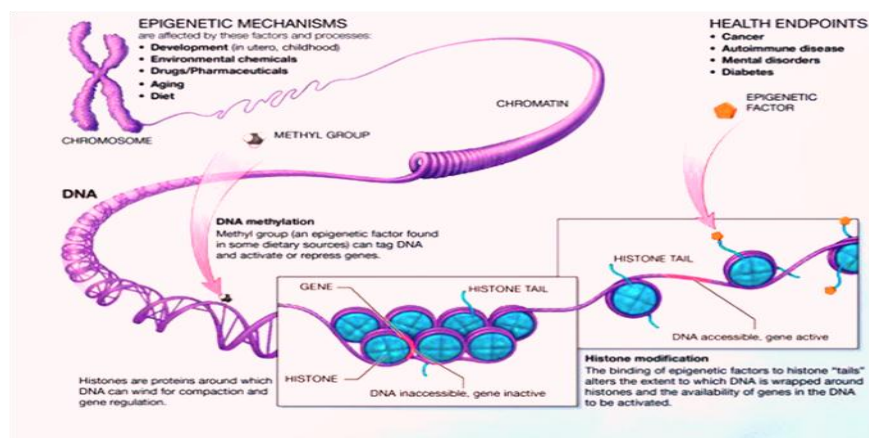


Figura 2. Principales mecanismos epigenéticos implicados en la regulación genética. Fuente: García, 2012.

“El incremento de acetilación induce a la transcripción de la activación dado que la afinidad de las histonas al ADN se reduce y por lo tanto se relaja el empaquetamiento de la cromatina, mientras que la disminución de la acetilación induce la represión de la transcripción” (Hernández et. al., 2012). “La metilación de residuos de citosina [...] contribuye con el factor de transcripción que se une a las proteínas [...] lo cual está asociado al silenciamiento del gen” (Dolinoy, D.C. citado por Hernández et. al., 2012). Por lo que “el tipo de nutrición en etapas tempranas del desarrollo puede influir en el establecimiento y mantenimiento de la metilación de citosinas; algunos micronutrientes como la vitamina B₁₂ y el ácido fólico son donadores del grupo metilo” (Hernández et. al., 2012).

En el sentido alimentario una de estas investigaciones propone que:

La mala alimentación de la madre durante el embarazo produce en el feto una respuesta adaptativa que establece un estado metabólico ‘ahorrativo’ y protege el desarrollo del sistema nervioso. Se reduce el crecimiento en estatura, masa muscular y peso, lo que reduce los requerimientos [energéticos] y eleva las oportunidades de sobrevivir. Aumenta la concentración de cortisol en la sangre que a la larga favorece las enfermedades crónicas, el número de células del riñón disminuye —lo que favorecerá el desarrollo de hipertensión arterial— y se

produce resistencia a la insulina que permitirá al cerebro contar con suficiente glucosa, pero que facilitará la aparición de diabetes (Hernández et. al., 2012), ver figura 3.

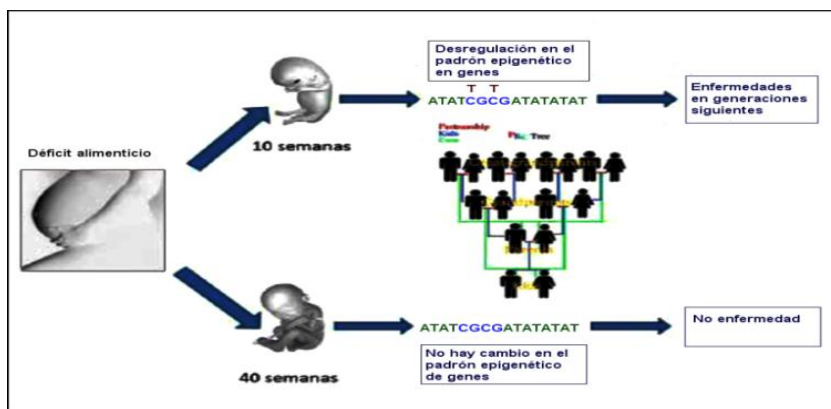


Figura 3. Los cambios epigenéticos son transmitidos a las siguientes generaciones. Fuente: García, 2012.

Esto sucede no solo en el feto que, “metabólicamente programado presenta modificaciones permanentes en la estructura y fisiología de órganos, así como en la expresión de genes involucrados en su propio metabolismo” (Desai, M. et al. citado por Hernández et. al., 2012) “por retos ambientales (abundancia o escases) de sustancias como hormonas, nutrientes, compuestos químicos, oxigenación, presión elevada, etc.)” (Nathanielsz, P.W. citado por Hernández et. al., 2012), sino que existe otra ‘ventana crítica’ que afecta el desarrollo normal que es en la etapa postnatal (durante la lactancia)” (Gluckman, citado por Hernández et. al., 2012). “Así, el fenotipo del adulto, es la suma de los factores genéticos, y la influencia del ambiente fetal y posnatal” (Hernández et. al., 2012).

Así, “la epigenética nos da multitud de posibilidades para comprender las bases subyacentes de muchas enfermedades tales como enfermedades neurodegenerativas o el cáncer, [...], pero además abre todo un abanico de posibilidades terapéuticas” (García, 2012). Posibilidades que pueden ser pensadas desde la farmacología pero primordialmente prevenibles o atendidas desde la misma alimentación.

1.3.4 Estudios sobre la alimentación y los padecimientos de la transición

“Existe la preocupación de que la actual generación tenga una menor longevidad por falta de actividad física y una ingesta dietética no saludable” (Barrientos M. citado por Hernández et. al., 2012). Al respecto, se presenta evidencia científica proveniente de diseños epidemiológicos de diversos estudios que relacionan algunos padecimientos crónicos y una inadecuada alimentación provenientes de revisiones sistemáticas de la literatura y metanálisis realizados por el World Cancer Research Found (WCRF) y por la Organización mundial de la salud (OMS) en la población; entre otros. Evidencia de factores de riesgo y protección que “según los propios expertos se considera como suficiente para emitir recomendaciones sobre políticas de salud” (Hernández et. al., 2012). En su mayoría los resultados que se presentan son terminantes o ‘convincientes’ llamados así en la terminología sobre los criterios específicos para la clasificación del nivel de evidencia científica por “ser evidencia de calidad, proveniente de por lo menos de dos estudios de cohorte independientes y

de más de un solo tipo de estudio de diseño epidemiológico; con evidencia experimental fuerte y plausibilidad biológica (dosis-respuesta) en la asociación” (Hernández et. al., 2012).

Cabe hacer una aclaración solo en la terminología aplicada en los resultados de estos estudios, cuando el enunciado no sea terminante y se mencione probable, no significa que los estudios no estén comprobados sino que aunque presentan “evidencia experimental fuerte y plausibilidad biológica (dosis-respuesta) en la asociación y que provienen también de por lo menos de dos estudios de cohorte independientes o; cinco estudios de casos y controles, se han considerado con algún sesgo” (Hernández et. al., 2012).

A continuación se presentan los resultados de los estudios sistematizados en esta tabla 1:

Estudios sobre obesidad y sus co-morbididades, sus factores de riesgo y protección

RESULTADOS DE ESTUDIOS PARA LA OBESIDAD	REFERENCIA
En una revisión sistemática de 43 estudios (3 476 sujetos), la realización de ejercicio resultó en una pequeña pérdida de peso, pero el ejercicio combinado con la dieta resultó en una mayor pérdida de peso que solo con la dieta (-1.0 kg; IC95% -2.3 a -0.7).	Shaw KA, Gennat HC, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity.
Ensayos clínicos también mostraron que el aumento en el consumo de alimentos de con baja densidad energética y la disminución de alimentos de alta densidad energética en la dieta disminuyeron el riesgo de ganancia de peso, sobrepeso y obesidad.	Word Cancer Research Found / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity and Prevention of Cáncer: a Global Perspective.
Se observó un menor riesgo de ganancia de peso y/o obesidad, al comparar el grupo de individuos con mayor consumo de cereales de granos enteros y el desarrollo de obesidad. En general, se consideran granos enteros a aquellos que incluyen el endospermo, el germen y el salvado del grano; en los estudios se consideran como cereales de granos enteros a los productos que contienen un mínimo de 25% de granos enteros.	Koh-Banerjee P, Franz MV, Sampson L, Liu S, Jacobs Jr DR, Spiegelman D. Changes in whole-grain, bran and cereal fiber consumption in relation to 8-y weight gain among men.
Estudios de cohorte mostraron un menor riesgo de ganancia de peso y/o desarrollo de la obesidad en los sujetos con mayor consumo de fibra en comparación con aquellos con menor consumo.	Ludwig DS, Pereira MA, Jacobs DR Dietary fiber, weight gain, and cardiovascular disease risk factor in young...
Los principales alimentos bajos en densidad energética para los que hay evidencias sobre efecto protector son los alimentos altos en fibra, incluyendo los vegetales con bajo contenido de almidón y los cereales de grano entero.	Hernández et. al.
En una revisión de 16 estudios se demostró que los alimentos de bajo índice glucémico (IG) sacian más, retrasan el hambre o disminuyen el consumo de posterior alimentos.	Brand-Miller JC. Glycemic load and chronic disease.
En una revisión sistemática y metanálisis se incluyeron datos de 23 estudios que evaluaron el cambio de peso corporal a la baja al pasar de una dieta de alto IG a una de bajo IG.	Livesey G, Taylor R, Hulshof T, Howlett J. Glycemic response and health – a systematic review and meta-analysis: relations between dietary glycemic properties and health outcomes.
Los alimentos con alto contenido de hidratos de carbono refinados y azúcares parecen constituir un factor de riesgo para la obesidad. Los mecanismos parecen operar mediante sus efectos positivos en la secreción postprandial de insulina y la disminución de la oxidación de grasas, lo que disminuye la saciedad.	Word Cancer Research Found
La revisión sistemática de los expertos de la OMS reconoce el tamaño de la porción alimenticia como uno de los factores etiológicos de la obesidad en el mundo, aunque lo clasifica a nivel de evidencia posible.	The World Health Organization. Technical Report Series. Diet, nutrition and the prevention of chronic

Esto constituye un ejemplo de cómo los cambios en las normas sociales influyen en conductas como la alimentación.	diseases. Hernández et. al.
Durante los últimos 30 años se ha observado un marcado aumento en el consumo de refrescos. La revisión del WCRF en 2007 concluyó que las bebidas que contienen azúcares añadidos (sacarosa, jarabe de maíz alto en fructosa) se asocian con un mayor riesgo de ganancia de peso y de desarrollar sobrepeso y obesidad. Los efectos fueron mayores en las mujeres, en población adulta y en el consumo de refrescos con azúcar.	Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Hu FB. Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk. Word Cancer Research Found Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis.
RESULTADOS DE ESTUDIOS PARA DIABETES TIPO 2 (DM2)	
La obesidad es un factor de riesgo y un potente predictor del desarrollo de diabetes tipo 2. El menor riesgo de diabetes se observó en la categoría de individuos con un IMC <21.	Colditz GA, Willet WC, Stampfer MJ, Manson JE, Hennekens CH, Arky RA, Speizer FE. Weight as a risk factor for clinical diabetes in women. <i>America Journal of Epidemiology</i> .
Se debe enfatizar la adecuada selección de hidratos de carbono, aumentando aquellos con alto contenido de fibra (cereales de granos enteros, leguminosas, frutas y verduras) y bajo IG ([...], leguminosas y algunas frutas).	Steyn NP, Mann J, Bennett PH, Temple N, Zimmet P, Tuomilehto J, Lindstrom J, Louheranta A. Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes.
Según la evidencia de estudios experimentales, se ha observado que dietas en alto contenido de grasas se asocian con resistencia a la insulina. Las recomendaciones dietéticas en general se han dirigido a la reducción de las grasas totales y grasa saturada de la dieta.	The World Health Organization. Technical Report Series. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Steyn NP, Mann J, Bennett PH, Temple N, Zimmet P, Tuomilehto J, Lindstrom J, Louheranta A. Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes.
En un metanálisis reciente se encontraron ocho estudios prospectivos (n=310819) que informaron sobre la asociación entre un mayor consumo de bebidas azucaradas y refrescos y la incidencia de DM2, se encontró que quienes consumieron entre dos y tres bebidas azucaradas/día tuvieron 31% más riesgo de desarrollar DM2.	Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: A meta-analysis. <i>Diabetes Care</i> .
En general, los estudios prospectivos han demostrado consistentemente un riesgo reducido de desarrollar DM2 con un consumo elevado de granos enteros (-27 a 30%) o fibra de cereales (-28 a 37%).	Priebe M, Van Binsbergen J, De Vos R, Vonk RJ. Whole grain foods for the prevention of type 2 diabetes mellitus.
RESULTADOS DE ESTUDIOS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (EVC)	
Un peso corporal excesivo incide en varios factores de riesgo de EVC incluyendo en el aumento en las concentraciones de colesterol, de lipoproteínas de baja densidad (LDL), de triglicéridos y de glucosa, aumento de presión arterial, reducción en las concentraciones de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y aumento en el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, infarto y arritmias cardíacas.	Lichtenstein AH, et. al. American Heart Association Scientific Statement.
Los ácidos grasos <i>trans</i> son isómeros de grasas insaturadas que por una hidrogenación parcial cambian su configuración al tipo de ácidos grasos saturados. Estos ácidos grasos son aún más aterogénicos que los saturados, ya que elevan las concentraciones plasmáticas de colesterol-LDL, reduciendo también el colesterol-	Lichtenstein A.H., Ausman L. M., Jalbert S. M., Schaefer EJ. Effects of diferent forms of dietary hydrogenated fats on serum lipoprotein

HDL.	cholesterol levels.
Consumos elevados de carbohidratos impactan de manera negativa la salud cardiovascular. Por esta razón, las recomendaciones más recientes en cuanto a macronutrientes se dirigen a limitar el consumo de carbohidratos refinados.	Reddy KS, Katan MB. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases
En la prevención de ECV es recomendable promover un consumo adecuado de antioxidantes, ácido fólico, calcio y magnesio, incluyendo suficientes frutas y verduras en la dieta.	American Dietetic Association. Disorders of lipid metabolism. Evidence-based nutrition practice guideline. & Lichtenstein AH, et. al. American Heart Association Scientific Statement.
En un metanálisis reciente se encontraron tres estudios prospectivos (n=19431) que informaron sobre la asociación entre un mayor consumo de bebidas azucaradas y refrescos y la incidencia de síndrome metabólico.	Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: A meta-analysis. Diabetes Care.
En una revisión de intervenciones se concluyó que una disminución de 70-80 mmol en el consumo de sodio en la dieta se asoció con disminuciones en la presión arterial, en sujetos con y sin hipertensión.	Cutler J. A., Follmann D. Allender P.S. Randomized trials of sodium reduction: and overview.
Se ha determinado que los factores protectores con evidencia científica suficiente para emitir recomendaciones de salud pública para EVC son: el consumo de ácidos grasos de cadena larga (ácido linoléico, alfa-linoléico y oleico), frutas y verduras, pescado y aceite de pescado, fibra, cereales de grano entero, nueces, folato, esteroides de origen vegetal, la actividad física regular.	Hernández et. al. Pág. 67
RESULTADOS DE ESTUDIOS PARA CANCER	
Existe evidencia convincente de que el exceso de grasa corporal, medido a través de IMC, se ha relacionado con el aumento de riesgo de cáncer de esófago, páncreas, colon y recto, mama (en cáncer postmenopáusico), endometrio y riñón; y también existe evidencia probable de que incrementa el riesgo de cáncer de vejiga.	Word Cancer Research Found & American Institute for Cancer Research. Food. Food, nutrition, Physical activity and the prevention of cancer.
El exceso de grasa corporal afecta directamente los niveles de varias hormonas circulantes, como la insulina, los factores de crecimiento ligados a la insulina y los estrógenos; esto crea un ambiente que favorece la carcinogénesis y obstruye la apoptosis. Así también, la grasa corporal estimula la respuesta inflamatoria del cuerpo, lo cual puede contribuir al inicio y progresión de varios tipos de cáncer.	Hernández et. al. Pág. 67
El resultado de un metanálisis de estudios de cohorte realizado por el WCRF para cáncer de colon y recto, muestra una disminución de 10% en el riesgo por cada 10g de fibra al día.	Word Cancer Research Found
Existe evidencia probable de que el consumo de frutas y vegetales no almidonados reduce el riesgo de contraer cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, estómago y de pulmón.	Word Cancer Research Found & American Institute for Cancer Research. Food. Food, nutrition, Physical activity and the prevention of cancer.
Las frutas son fuente de vitamina C y otros antioxidantes como carotenoides, fenoles, flavonoides y otros fitoquímicos bioactivo. Los antioxidantes atrapan los radicales libres y reactivan las moléculas de oxígeno, protegiendo a las células contra el daño oxidativo. Es probable que los efectos protectores de este tipo de alimentos sean el resultado de la combinación de influencias sobre varias rutas involucradas en la carcinogénesis.	(Hernández et. al., 2012, pág.69).
En lo que se refiere al cáncer de boca, faringe y laringe, la relación dosis respuesta sugiere que el mayor efecto se produce con el primer incremento; es decir, que cualquier aumento en el consumo de vegetales confiere un efecto protector. El metanálisis realizado por el WCRF mostró una disminución de 28% en el riesgo de cáncer de boca, faringe y laringe por cada 50 g de consumo al día. Para el cáncer de esófago esta disminución es del 31% cuando se trata de vegetales crudos, 22% si es de frutas y 30% tratándose de frutas cítricas.	Word Cancer Research Found & American Institute for Cancer Research. Food. Food, nutrition, Physical activity and the prevention of cancer.

Particularmente en el cáncer de pulmón, los flavonoides que se encuentran en la fruta inhiben directamente la expresión del citocromo P450. Esto ayuda a metabolizar toxinas y se ha asociado con la disminución en el riesgo de cáncer de pulmón, principalmente en fumadores.	(Hernández et. al., 2012, pág.69).
En cuanto al consumo de carne roja y carne procesada se cuenta con evidencia convincente que se relaciona con el incremento en el riesgo de cáncer de colon y recto. Algunas carnes se cocinan a altas temperaturas y esto produce aminas heterocíclicas e hidrocarburos aromáticos policíclicos. Se incluye la generación de componentes nitrosos en su elaboración potencialmente carcinógenos. Un metanálisis mostró un incremento de 43% del riesgo por vez de consumo en la semana o un incremento del 15% por cada 50g al día.	Word Cancer Research Found & American Institute for Cancer Research. Food. Food, nutrition, Physical activity and the prevention of cancer.
La sal se ha demostrado que incrementa la formación endógena de componentes nitrosos. La mayoría de los estudios analizados por la WCRF mostró aumento en el riesgo al incrementar el consumo.	Word Cancer Research Found
OTROS	
El pterostilbeno es uno de varios hidrocarburos aromáticos llamados "stilbenos". Es un derivado del resveratrol, el cual es un compuesto encontrado en cantidades grandes en la piel de las uvas rojas. Este compuesto tiene muchos beneficios en combatir el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (baja el colesterol LDL y los triglicéridos); propiedades fungicidas y anti-diabéticas. Tiene la capacidad para activar una proteína llamada el receptor alpha activado por proliferador peroxisomal (PPARa por sus siglas en inglés). Esta proteína ubicada en el núcleo de la célula está asociada con el metabolismo que regula los niveles de los lípidos sanguíneos. Los investigadores demostraron que el pterostilbeno, tal como otras formas químicas de resveratrol, inhibe fuertemente una forma de la enzima llamada "citocromo P450". Que activan una variedad de compuestos conocidos como "procarcinógenos".	Agnes Rimando, Servicio de Investigación Agrícola (ARS) en Oxford, Misisipi. Y Universidad de Ciencia Médica en Poznań, Polonia, dirigidos por Renata Mikstacka * (ARS.USDA, 2007).

Tabla 1. Estudios sobre obesidad y sus factores de riesgo y protección (Hernández et. al., 2012). Excepto *.

Cabe hacer mención que existen varios estudios más, relacionados con los efectos negativos que causan sustancias químicas adicionadas a los alimentos, por ejemplo el “4-metilimidazol (4-MEI) que es carcinógeno, elemento presente en la industria alimenticia que se utiliza en ciertos productos incluyendo colorante de caramelo, salsa de soya, salsa inglesa, el vino, pan, café, melazas amoniacaes, ciertas bebidas de cola, cervezas y otros productos” (Ca.gov, 2014). De hecho su utilización está restringida en California por la ‘propuesta 65’; además también en New Jersey. Otro es, el ácido fosfórico (que no permite una buena fijación de calcio en los huesos y a la vez extrae el calcio de los mismos) los refrescos lo contienen (análisis bromatológicos que lo han determinado)” (El poder del consumidor, 2014 a). Otros, son los productos que contienen colorantes artificiales, como rojo 40 o rojo allura, amarillo 5 o tartrazina, amarillo 6 o amarillo ocaso, azul 1 o azul brillante, los cuales están asociados a cambios de conducta y déficit de atención en niños. También el colorante caramelo III, el cual se elabora con sulfuros que al calentarlo se producen un subproducto llamados 2-metilimidazol (2-MI), el cual se ha demostrado causa cáncer (cspinet.org/new/FDA Urged to Prohibit Carcinogenic “Caramel Coloring” citado por El poder del consumidor, 2014 b). Otro ejemplo es que “el ácido benzoico solo cuando se consume de manera excesiva (más de .05 a .1 % en peso) llega a provocar problemas de salud, que puede producir convulsiones de tipo epiléptico” (Vega citado por Badui, 2006). Sin embargo:

Evidencias experimentales han mostrado que la ingesta diaria de vitaminas como la A, C, E, y los betacarotenos, que son cofactores que atrapan radicales libres, protegen a los individuos en contra de los efectos nocivos de los radicales libres. Los mecanismos de acción de estas vitaminas son variados, el tocoferol o vitamina E puede interferir durante la formación de nitrosaminas, atrapa-radicales libres, al igual que la vitamina C y los beta-carotenos, y la vitamina A suprime la fase de promoción tumoral (Rodríguez, 2003).

1.4 Otros aspectos socio-culturales en la alimentación (determinante cultural)

Preámbulo: hasta aquí, se han abordado algunos conceptos generales relacionados con la alimentación y nutrición y los efectos que se ocasionan en el organismo humano; en resumen porque la alimentación es un hecho fundamental para la existencia, para el mantenimiento de la vida y la potenciación de capacidades humanas, sin embargo, frente a este hecho existen otras circunstancias por las que las sociedades se alimenten por determinados alimentos que aunque no son muy adecuados porque entre otros causan obesidad, los integran a su dieta.

“Desde la prehistoria se le ha dado importancia central a la nutrición, tal es el caso de las pinturas rupestres plasmas en las cuevas de Lascaux y Altamira donde se puede apreciar que la caza era un objetivo primordial y una forma de vida” (Arenas, 2007). Hoy en día “se acepta que la obesidad es una enfermedad muy compleja y multifactorial [...] con una diversidad de factores ambientales que desencadena su desarrollo (ambiente obesogénico)” (Hernández et. al., 2012). Es así que:

Para comprender el incremento de la prevalencia y magnitud de la obesidad en el presente, es necesario tomar en cuenta la naturaleza bio-psico-sociocultural de este padecimiento y la historia de la alimentación humana. [...] Se ha documentado claramente la influencia de factores genéticos y epigenéticos en la etiología de la obesidad; sin embargo, los aumentos inusitados observados en México y en el mundo en los últimos 50 años indican, sin lugar a dudas, el papel central que tienen los factores del entorno como causas de estos aumentos y del carácter epidémico de la obesidad, lo que ha sido corroborado por estudios clínicos, epidemiológicos y experimentales (Hernández et. al., 2012).

Al respecto, de acuerdo a la cronología de la historia de la alimentación en México se tiene que:

Hacia 2900 a.C. aparecen los primeros cultivos de maíz híbrido. Hacia 1500 a 1200 a.C. se inicia el cultivo de amaranto, calabaza, aguacate, chile, zapote y frijol, y se consumen tubérculos como la mandioca, jícama y batata y raíces como la del pochote. Entre 1200 a 700 a.C. el maíz se convierte en el alimento fundamental. Hacia 900 d.C. Se realiza lo domesticación de guajolotes y conejos. Se inicia la nixtamalización del maíz. Se explotan los nopales y sus tunas, así como diversos frutos. De 900 d.C. hasta 1521 se inicia la producción de tortillas. De 1521 a 1821 se introducen nuevas plantas (trigo, arroz, cítricos, etc.) y animales (cerdos, reses, pollos). Se utilizan nuevas técnicas de preparación (fritura) y de utensilios de metal para preparar y consumir alimentos lo que modifica la dieta diaria. El consumo de caña de azúcar favorece la aparición de la diabetes mexicana por lo que se inicia y consolida el mestizaje de las cocinas del nuevo y viejo mundo (Hernández et. al., 2012).

Así mismo, “desde 1938 hasta la actualidad da inicio y auge de la industrialización de los alimentos. Hay una notable disminución del número de especies animales y vegetales consumidas y una polarización de la dieta, abasto centralizado con abundantes productos transnacionales y aparecen los productos pacotilla” (Hernández et. al., 2012). Es decir, la cultura es determinante en la formulación del tipo de alimentación de las poblaciones.

Al respecto, en la figura 4 se observan diversas relaciones de causalidad del sobrepeso la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas según la Dirección General de Promoción de la Salud, México

(2008), donde se observa que las causas básicas del sobrepeso y la obesidad son las económicas, políticas y sociales; y estas derivan otras causas y padecimientos como diabetes, dislipidemias, arteriosclerosis, hipertensión arterial, cardiovasculares, osteomusculares y cáncer; incrementando la mortalidad atribuible a la obesidad y (ECNT). Sin embargo, se han olvidado de incluir las causas culturales, que se ocultan detrás de las que en la figura llaman influencias. Importante omisión porque incluso la misma Organización Mundial de la Salud en su Informe Técnico 916 (2003) expone: “los alimentos que consume la gente, en toda su variedad cultural, definen en gran medida la salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas. Todo ello se inscribe en un ambiente social, cultural, político y económico que puede agravar la salud de las poblaciones a menos que se tomen medidas enérgicas para hacer que el ambiente sea favorable para la salud” (OMS, 2003). Donde “la economía, la industria, los grupos de consumidores y la publicidad deben figurar todos ellos en la ecuación de la prevención” (OMS, 2003).



Figura 4. Causalidad del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas. Fuente: Dirección General de Promoción de la Salud, México 2008.

En ese sentido, es importante explorar el por qué la omisión de la cultura como factor determinante en la alimentación de las poblaciones.

1.4.1 Orientación alimentaria en México y el plato del bien comer

Otro resultado de la cultura alimentaria es lo que se conoce como comer como se debe. Es la representación idealizada de cada grupo o persona sobre lo que constituye el contenido y las circunstancias de consumo de una comida, de manera que cumpla con las expectativas personales y de la sociedad, pero de manera integral ya que abarca la cantidad, el contenido, el halago de los sentidos y de las circunstancias de consumo [...] las circunstancias suelen matizar esta representación de lo adecuado (Hernández et. al., 2012).

Así, la orientación alimentaria en México se da de muy diversas formas, a través de diversos medios; de manera oficial a través del artículo cuarto constitucional en su párrafo tercero (‘alimentación nutritiva, suficiente y de calidad’) y; se podría decir ‘institucional’, a través de la ‘NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y

educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación’ (NOM-043). El objetivo de la norma es “establecer los criterios generales que unifiquen y den congruencia a la Orientación Alimentaria” (DOF, 2013 b). La orientación alimentaria se refiere “al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta en el ámbito individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales” (DOF, 2013 b).

El campo de aplicación de la norma es “de observancia obligatoria para las personas físicas o morales de los sectores público, social y privado, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria” (DOF, 2013 b). En la elaboración de la Norma 043 participaron entre otras las siguientes Unidades Administrativas e Instituciones:

SECRETARIA DE SALUD: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, [...] COLEGIO MEXICANO DE NUTRIOLOGOS, A.C. SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA. FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD. CONSEJO MEXICANO DE LA INDUSTRIA DE PRODUCTOS DE CONSUMO, A.C. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL. ASOCIACION MEXICANA DE NUTRIOLOGIA A.C... (DOF, 2013 b).

Según la misma Norma, la “observancia, la vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias” (DOF, 2013 b).

Cabe hacer mención que en este subtema del marco teórico no solo se conservaran las citas textuales sino las referencias originales que contiene la norma (A1, etc.).

De manera general, para clasificar a los alimentos, según la ‘norma’ en su apéndice normativo ‘A’, estos se organizan en 3 grupos:

A1. Verduras y Frutas. A1.1 Ejemplo de verduras: acelgas, verdolagas, quelites, espinacas, flor de calabaza, huauzontles, nopales, brócoli, coliflor, calabaza, chayote, chícharo, tomate, jitomate, hongos, betabel, chile poblano, zanahoria, aguacate, pepino, lechuga entre otras. A1.2 Ejemplo de frutas: guayaba, papaya, melón, toronja, lima, naranja, mandarina, plátano, zapote, ciruela, pera, manzana, fresa, chicozapote, mango, mamey, chabacano, uvas, entre otras.

A2. Cereales. A2.1 Ejemplo de cereales: maíz, trigo, avena, centeno, cebada, amaranto, arroz y sus productos derivados como: tortillas y productos de nixtamal, cereales industrializados, pan y panes integrales, galletas y pastas. A2.2 Ejemplo de tubérculos: papa, camote y yuca.

A3. Leguminosas y alimentos de origen animal. A3.1 Ejemplo de leguminosas: frijol, haba, lenteja, garbanzo, arveja, alubia y soya. A3.2 Ejemplo de alimentos de origen animal: leche, queso, yogurt, huevo, pescado, mariscos, pollo...” (DOF, 2013 b).

Según los criterios generales de la norma, “al interior de cada grupo se deben identificar los alimentos y sus productos conforme a la herramienta gráfica El Plato del Bien Comer [figura 5]” (DOF, 2013 b). Que es una “herramienta gráfica que representa y resume los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades” (DOF, 2013 b). Donde dentro de un mismo grupo los alimentos son equivalentes en su aporte de nutrimentos y por lo tanto intercambiables, mientras que los alimentos en grupos diferentes son complementarios” (DOF, 2013 b). Al respecto: “el Departamento de salud pública de la Facultad de medicina de la UNAM dice que “el esquema del Plato del Bien Comer no fue diseñado para sustituir un programa de orientación alimentaria, sino que es un instrumento con propósitos de ayuda gráfica, para ilustrar como promover una dieta saludable, mediante la combinación y variación de los alimentos que integran la dieta” (UNAM, 2013).



Figura 5. El plato del bien comer. Fuente: “Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación” de la SSA, según DOF, 2013 b.

Para que en teoría se dé cumplimiento biológicamente a la alimentación y nutrición humana según la ‘norma’, este debe llevar a cabo una dieta correcta, que “se refiere a la que [en su alimentación] contenga todos los nutrimentos, cumpliendo con las siguientes características:

- ✓ Equilibrada.- es decir que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.
- ✓ Inocua.- que su consumo habitual no implique riesgos para la salud, exenta de microorganismos patógenos, toxinas, contaminantes, que se consuma con mesura y que no aporte cantidades excesivas de ningún componente o nutrimento.
- ✓ Suficiente.- que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños o niñas, que crezcan y se desarrollen de manera correcta.
- ✓ Variada.- que de una comida a otra, incluya alimentos diferentes de cada grupo.
- ✓ Adecuada.- que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características” (DOF, 2013 b).

En referencia a: A4. Recomendaciones en la Norma para integrar una alimentación correcta, se tiene de manera general:

A4.1 En cada una de las comidas del día incluye al menos un alimento de cada uno de los tres grupos y de una comida a otra varía lo más posible los alimentos que se utilicen de cada grupo...

A4.1.1 Come verduras y frutas en abundancia, en lo posible crudas y con cáscara, para disminuir la densidad energética en la dieta...

A4.1.2 Incluye cereales integrales en cada comida, combinados con semillas de leguminosas.

A4.1.3 Come alimentos de origen animal con moderación, prefiere las carnes blancas como el pescado o el pollo sin piel a las carnes rojas como la de cerdo o res.

A4.2 Toma en abundancia agua simple potable.

A4.3 Consume lo menos posible grasas, aceites, azúcar, edulcorantes y sal, así como los alimentos que los contienen” (DOF, 2013 b).

Otros de los criterios generales de la norma sugieren:

“4.3.2.2 Se debe recomendar el consumo de cereales, [...] sin azúcar adicionada...

4.3.2.6.5 Se debe insistir en la importancia de la moderación en la alimentación considerando la frecuencia en el consumo y el tamaño de las porciones.

4.3.2.7 Se debe promover el consumo de agua simple potable como fuente principal de hidratación.

4.3.6 Se deben identificar y revalorar los alimentos autóctonos y regionales [...] Se promoverá el consumo de alimentos preparados con hierbas y especias de la cocina tradicional de cada región.

4.3.7 Se debe promover y orientar, sobre la consulta y el entendimiento de las etiquetas de los alimentos procesados para conocer sus ingredientes, información nutrimental, modo de uso, forma de conservación, así como fecha de caducidad o consumo preferente.

4.4.1 Se debe señalar que las deficiencias y los excesos en la alimentación predisponen al desarrollo de desnutrición, caries, anemia, deficiencias de nutrimentos, obesidad, aterosclerosis, diabetes mellitus, cáncer, osteoporosis e hipertensión arterial, entre otros padecimientos.

4.4.2 Se deben señalar los factores de riesgo, en particular los relacionados con la dieta y los asociados en la génesis de las enfermedades crónicas degenerativas.

4.4.4 Se deben indicar los factores de riesgo de sobrepeso y obesidad e informar a la población sobre las consecuencias de estas últimas.

4.4.9 Se debe informar acerca de la importancia de moderar la ingestión de alimentos con alto contenido de azúcares refinados, colesterol, ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sodio y recomendar la utilización preferente de aceites vegetales.

4.4.10 Se debe promover el consumo de verduras, frutas y leguminosas como fuente de fibra dietética y nutrimentos antioxidantes. Asimismo, se promoverá el consumo de cereales integrales y sus derivados como fuente de fibra dietética.

4.4.11 Se debe promover el consumo de alimentos que sean fuentes de calcio, como tortilla de maíz nixtamalizado, leche y derivados lácteos, charales y sardinas, quelites y verduras de hoja verde.

4.4.12 Se debe recomendar formas de preparación de alimentos para moderar el uso de sal, promoviendo el uso de hierbas y especias.

4.4.13 Se debe informar la conveniencia de moderar el consumo de alimentos ahumados, que contengan nitritos o nitratos (embutidos), y de alimentos directamente preparados al carbón o leña.

4.5.1 Los patrones que otorguen ayuda alimentaria a sus trabajadores debe apearse a los lineamientos descritos en la presente norma y asegurar que se cumpla con las características de una dieta correcta.

4.5.2 La ayuda alimentaria que se otorgue a los trabajadores por medio de la modalidad de despensas, habrá de orientarse a la adquisición de los alimentos que forman parte de los grupos contenidos en el Apéndice Normativo A” (DOF, 2013 b).

1.4.2 Influencia global en la alimentación y el consumismo

Para hablar de global es necesario hablar de globalización y a su vez es necesario primeramente hablar de neoliberalismo.

El neoliberalismo es uno de los discursos referenciales a la hora de explicar y comprender la realidad no solo de América Latina, sino del mundo [...] la razón neoliberal lo abarca casi todo. Es un discurso fuerte, sólidamente estructurado, y epistemológicamente fundamentado. Se piensa al discurso neoliberal en sus coordenadas económica, mas el neoliberalismo no es solo economía, es básicamente geopolítica y también biopolítica (Dávalos, 2008).

Porque, aludiendo a Vázquez (2012) “el neoliberalismo es un proyecto global de organización de la sociedad” (Vázquez, 2012). Donde según Vargas (2007), Spencer, Rueff y Hayek como fundadores del neoliberalismo “apuestan a privilegiar al dios mercado en menoscabo de la política y la cultura en el ámbito nacional” (Cardoso, 2006, pág. 191). Porque “cualquier oportunidad para hacer dinero es la esencia del capitalismo” (Vargas, 2007). Donde “el consumismo comenzó a extenderse y tomó más fuerza con la llamada globalización” (Hernández et. al., 2012). En ese sentido “la globalización representa la fase más avanzada del desarrollo capitalista del cual se benefician las elites económicas mediante los procesos de integración global sustentados en el neoliberalismo como un doctrina de ideología económica y política [...] [En dichos] procesos de globalización actuales predomina el neoliberalismo del decálogo del Consenso de Washington que genera desigualdades por la competencia comercial” (Vargas, 2007). Porque, “la ideología de la globalización pugna por la liberalización de las economías en un mundo en el que dominan las empresas transnacionales” (Vargas, 2007).

Es por ello que “la dieta ha sufrido cambios que afectan de manera intensa a los grupos urbanos, pero que trascienden hasta las comunidades más marginadas del planeta, donde llegan [precisamente] los productos industrializados” (Hernández et. al., 2012). Por ello:

Los cambios mencionados en las costumbres alimentarias han ocurrido [en las últimas décadas] de manera paralela al fenómeno de la globalización, lo que hace suponer que están asociados [...] [por] una presión mercadotécnica desbordada hecha a mano de estrategias [...] [para] la profusión de publicidad fantasiosa y desorientadora [...] [Donde] las formas urbanas y occidentales de vivir y de alimentarse que se han adoptado son promovidas comercialmente como mejores y ‘modernas’, pero en realidad son perjudiciales (lo que llamamos barbarización de la alimentación) (Hernández et. al., 2012).

Así, la reciente influencia global en la alimentación por productos alimenticios industrializados está predispueta desde los años en que aparecieron o aparecen estos y, es detonada con el

neoliberalismo y extendida con la globalización. En la tabla 2, pueden observarse ejemplos de años en que fueron apareciendo en los Estados Unidos diversos productos alimenticios que se constituyeron como habituales, tal es el caso de los ‘All Bran’, la gelatina ‘Jell-O’, etc. En la tabla 3 pueden observarse los años en que fueron apareciendo industrias alimenticias en México; lo que en general se simplifica en la tendencia creciente del número de empresas alimenticias que se fueron estableciendo; tendencia que puede verse con mayor claridad en la gráfica 2.

Años en los que aparecieron alimentos norteamericanos habituales

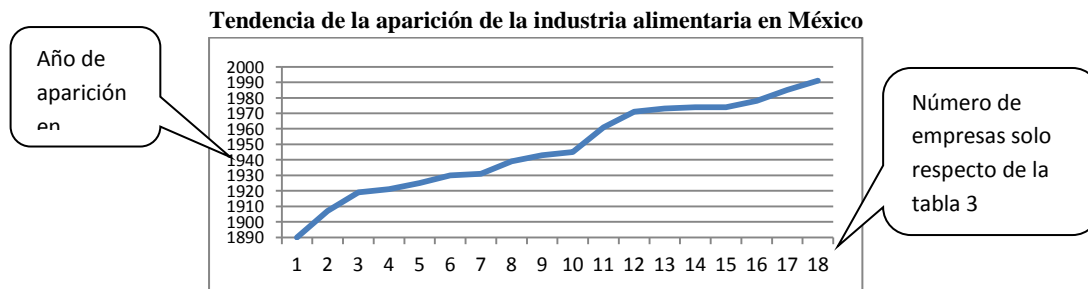
1875 Leche chocolateada	1946 Minute Rice, zumo de naranja helado, café instantáneo
1876 Fig Newtons	1950 Palomitas dulces
1896 Tootsie Roll	1952 Copos tostados con azúcar de Kellogg’s
1897 Jell-O	1953 Smacks dulces, pizza congelada
1897 Grape-Nuts	1956 Bizcocho de chocolate y nueces Duncan Hines
1898 Crackers Graham	1956 mantequilla de cacahuete Jif
1907 Hershey’s Kisses	1958 Tang
1912 Life Savers	1960 Patatas instantáneas
1912 Oreos	1963 Tab
1916 All Bran	1965 Shake`n Bake
1921 Pan Mounds y Wonder	1966 Cool whip
1923 Milky Way	1968 Goma de mascar sin azúcar Care Free, Pringles
1927 Kool-Aid	1976 Limonada Contry Time
1928 Krispies de arroz	1981 Yogur congelado TCBY
1930 Alimentos congelados Birds Eye	1984 Coca Cola sin azúcar (con aspartamo)
1930 Snickers	1986 palomitas para microondas Pop Secret
1932 Papas fritas y fritos 3 Musketeers	1987 Zummo de naranja enriquecido con calcio Minute Maid
1934 Crackers Ritz, Bisquick	1995 Mayonesa baja en grasa Hellman`s (Best Foods)
1941 Cheerios	1996 Patatas chips sin grasa Pringles`s (con aceite de olivo)

Tabla 2. Años en los que aparecieron alimentos norteamericanos habituales. Fuente: Gordon, 2008.

Años en los que apareció la industria alimentaria en México

1890 Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma	1945 Bimbo
1907 Pepsi	1961 Jumex
1919 Chocolates la Azteca S.A. de C.V. (D.F. 1930)	1971 Barcel
1921 Gamesa	1973 Danone
1925 Grupo Modelo (D.F. 1928)	1974 Tia Rosa
1930 Nestlé	1974 Suandy
1931 Coca Cola	1978 Ricolino
1939 Sigma alimentos	1985 McDonald’s México
1943 Sabritas	1991 Burger King

Tabla 3. Años en los que aparecieron algunas industrias alimentarias en México. Fuente: Elaboración personal con datos de las mismas empresas.



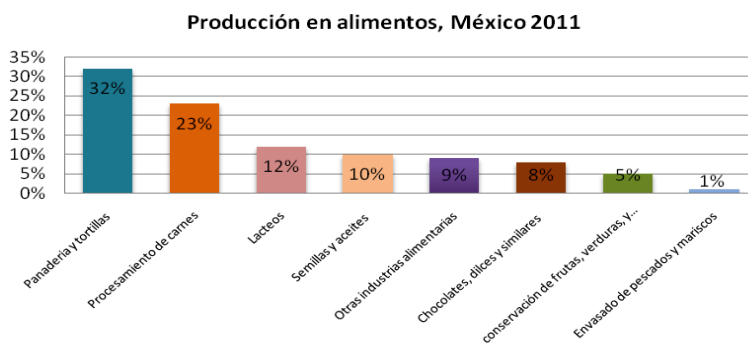
Gráfica 2. Tendencia de la aparición de la industria alimentaria en México. Fuente: Las mismas empresas.

Frente a este crecimiento industrial histórico, “es evidente el poder que, en términos económicos, tienen las corporaciones transnacionales. Basta comprobar, por ejemplo, cómo la mayor empresa del mundo, Wal-Mart, maneja un volumen anual de ventas que supera la suma del Producto Interno

Bruto de Colombia y Ecuador” (Berraondo et. al., 2012). Tan sólo “en el año 2007, había 79000 Empresas Transnacionales en todo el mundo, que a su vez controlaban 790000 compañías filiales. [...] 737 multinacionales monopolizan el valor accionario del 80% de total de las grandes compañías del mundo, y solo 147 controlan el 40% de todas ellas (Berraondo et. al., 2012). De hecho un publicación de Forbes en 2013 “The World’s Billionaires” contenía este artículo: “The 1,426 people who control the world economy” (Kroll, 2013). Refiriéndose a, las 1,492 personas quienes controlan la economía mundial.

Así mismo, como principales empresas de alimentos a nivel mundial por su nivel de ventas destacan: “Nestlé, Unilever, Pepsico, Kraft, Mars, Grupo Danone, General Mills, Kellogg y Grupo Bimbo; esta última de México, dedicada a la panificación, botanas, panadería y confitería, con 9,281 millones de dólares (md) en ventas en 2010 y 108 000 empleados” (informe anual 2010 de cada empresa citado por ProMéxico, 2012). En México resalta como organización empresarial el Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo, A.C. (Conmexico) el cual agrupa a marcas como: “Alpura, Barcel, Pepsico, Coca Cola, Bimbo, Kellogs, Danone, Nestlé, Jumex, del Valle, La moderna, Lala, La costeña, Campbells, Philip Morris, Hersheys, Tyson, Sigma alimentos, Cuauhtémoc Moctezuma, Grupo Bafar, Clemente Jacques, Qualtia alimentos, Mac Ma, British American Tobacco de México, entre otras” (ConMéxico, 2013).

En México, la influencia global en la alimentación y el consumismo pueden reflejarse en la tendencia alimentaria reflejada en la producción total de sus productos que se elaboran en el país de acuerdo al tipo de alimentos. Dicha producción se muestra en la gráfica 3 donde el dominio en el año 2011 lo tiene la industria que elabora pan y la tortilla con el 32% del total de la producción, seguida de la industria que se encarga del procesamiento de carnes con un 23% del mercado total.



Gráfica 3. Producción en alimentos, México 2011. Fuente: INEGI, según ProMéxico, 2012.

Donde las 3 principales empresas mexicanas en la industria de alimentos 2011 en este orden son: “Grupo Bimbo, Grupo Industrial Lala; Gruma, Alfa-Sigma,” (CNN Expansión citado por ProMéxico, 2012). De lo que se estimó en 2011 “que el consumo de alimentos procesados en México alcanzó un valor de 121,712 md, es decir creció 13.7% respecto año anterior. Se espera que en el periodo de 2011-2020, el consumo crezca a una ‘tasa media de crecimiento anual’ de 6.1%” (INEGI y Global Insight citado por ProMéxico, 2012).

Para 2012 en México “la leche y los derivados lácteos alcanzan un avance de consumo sorprendente. La leche fresca supera los 26 litros como promedio mensual [por persona], el yogurth

natural cerca de los 12 litros y el queso fresco de marca rebasó 1 kilogramo” (Hernández et. al., 2012). Donde además, cabe señalar, “México es el consumidor número uno de refrescos en el mundo. Un mexicano consume cada año, en promedio, 163.3 litros de refresco” (Alianza por la salud alimentaria, 2014). “Según el reporte de Coca-Cola 2010, anualmente cada mexicano toma, en promedio, 159.7 litros de sus productos, cantidad que supera ampliamente por el consumo de los habitantes de [...] Estados Unidos (93.2), [...] y Brasil (54.2). Según los reportes de la ANPRAC [...] en promedio cerca de tres de cuatro mexicanos consumen refresco diariamente, siendo mayor el consumo entre los adolescentes (12 a 18 años)” (Hernández et. al., 2012).

Un informe sobre el ‘Porcentaje mensual de gasto en alimentos en el hogar por grupos’ de ENIGH según (Unar, 2013) “refleja el creciente consumo de refrescos (bebidas no alcohólicas) en México a través de la transición del gasto en alimentos en el hogar ya que demuestra que a partir de 1996 el aumento ha sido sostenido en este rubro hasta 2006” (Unar, 2013).

Además también en México:

Otros productos cuyo avance en el consumo puede relacionarse con el manejo de información, actitudes de los consumidores, formas rápidas de preparación asociadas a la vida moderna en las ciudades, **disponibilidad masiva de la oferta**, modas sustentadas en el prestigio de un producto por la influencia de la publicidad, entre otros, son los cereales para el desayuno (551 g) en el promedio familiar del consumo), chocolate en polvo (401 g), pan blanco de caja (1.069 kg), pastas (1.335 kg), aceite de maíz (0.754 l), mantequilla sin sal (1.315kg), consomé concentrado para preparar sopas y guisados (248 g) y café soluble (275 g). Se trata de productos típicos del consumo de estratos medios que mantienen una dinámica de crecimiento considerable y a futuro incrementaran sus niveles de participación (Torres y Trápaga y Torres y Gasca citados por Hernández et. al., 2012).

Al respecto, también se tiene información sobre la ‘composición de la disponibilidad calórica’ por persona de los alimentos en México y Centroamérica, la cual es mayor en esta región en cereales y azúcar que en otras regiones de Latinoamérica; donde sobre sale además que el consumo de raíces en México es el menor a nivel mundial. Donde México según la FAO respecto al ‘Índice de oferta de energía alimentaria’ es el segundo lugar después de Cuba, de los países con mayor índice de oferta de energía en alimentos (1990-92 y 2012), rebasando en 0.7 veces su oferta de energía alimentaria con respecto a sus requerimientos mínimos per cápita al día” (FAO, 2014).

Según las últimas estimaciones de FAO (2010-12), la disponibilidad calórica por persona por día en el mundo alcanza a 2.840 kcal/persona/día, lo que representa un 9% más que la del período 1990-92. En la región [Latinoamérica] la disponibilidad energética de alimentos actual es superior al promedio mundial, con cerca de 3.000 kcal/persona/día. Si bien en todos los países de la región la disponibilidad calórica supera los requerimientos mínimos diarios por persona, existen importantes diferencias al interior de la región (FAO, 2014).

Como se ha observado; la influencia global en la alimentación ha permeado tanto, que en la ‘Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes’ se encuentra incluida la presencia de empresas de la alimentación industrializada como parte de las acciones de salud pública; ya que en eje estratégico 6 sobre la ‘Coordinación con Industria de los

alimentos acciones que tiendan a revertir el sobrepeso y la obesidad” se enmarcan en concreto acciones como:

- ✓ Desarrollo de material didáctico (NESTLE, YAKULT, DANONE y OMNILIFE).
- ✓ Declaración de contenido calórico de sus alimentos e inclusión de frutas y verduras en su menú (Mc Donald’s).
- ✓ Donación de Equipo Deportivo (YAKULT y Dar la Vuelta A.C.).
- ✓ Apoyo a campañas (Liga MX, TELEVISA, TV AZTECA y CINEPOLIS)” (SSA, 2013 c).

Además entre las ‘Acciones de concertación y posicionamiento de la Estrategia’ se encuentran:

COMEXICO, Asociación Nacional de Productores Refrescos y Aguas Carbonatadas A.C., FEMSA, UNILEVER, NESTLÉ, Asociación Nacional de las industrias Azucarera y Alcoholera, Asociación Mexicana de la industria Salinera y de McDonald’s, ONG’s y académicos entre otros para su sensibilización” (SSA, 2013 c).

En este sentido, no es suficiente la sensibilización para atender el problema de la obesidad o consumir menos calorías si dentro de los objetivos precisamente de las empresas como se ha documentado es aumentar los montos de ventas. Por lo que el tema de consumismo se hace imprescindible abordarlo. Así tenemos que:

“Llamamos necesidad a la captación [...] de la falta de (es una *negatividad* física primera) un satisfactor posible que pueda reponer la materia y la energía consumidas que no pueden dejar de estar presentes en el proceso vital” (Dussel, 2014). Donde indudablemente, de acuerdo a lo postulado por Maslow, existen otras necesidades subjetivas por atender, pero donde regularmente por principio “la intención fenomenológica que constituye a las cosas como satisfactores, estima la capacidad que tiene dicho bien [...], en cuanto tiene propiedades que el ser viviente necesita para sobrevivir: es entonces afirmación de la vida” (Dussel, 2014) al menos en cuanto a que satisface un pretensión humana; donde “las necesidades humanas determinan el consumir humano” (Dussel, 2014) que se sintetiza en que “es reposición o reproducción de la vida” (Dussel, 2014). Al mismo tiempo, se denomina *consumo* el acto mismo por el que la posesión de la cosa se [...] [utilice] en la incorporación real del satisfactor en la subjetividad sentiente” (Dussel, 2014). Sin embargo, dentro del neoliberalismo “la subjetividad en su corporalidad viviente *físicamente* ha sido atrapada en la telaraña del mercado” (Dussel, 2014). Lo que detona el consumismo que “a diferencia del consumo, que es fundamentalmente un rasgo y una ocupación del consumo humano, el consumismo es un atributo de la sociedad [...] Por lo que “en la sociedad de consumo nadie puede convertirse en sujeto sin antes convertirse en producto” (Bauman, 2007).

“En las ciencias de la salud se maneja el concepto de estilo de vida y los hábitos alimentarios son uno de sus componentes centrales. Lo que se soslaya es su arraigo dentro de la personalidad, ya que dichos estilo se adquiere desde los primeros meses de vida y se refuerza de manera cotidiana y permanente [...] La industria alimentaria ha sabido manejar de manera muy eficiente el conjunto de nuestras motivaciones y continuamente nos hace adoptar novedades, tanto para preparar la comida, como para consumir alimentos, bebidas y platillos” (Hernández et. al., 2012).

Al respecto “la materia prima con la se trabaja es el deseo humano. La estrategia del deseo humano es la herramienta para moldear el factor humano” (Guinsberg, 2006). Donde, “se utilizan todos los mecanismos que se consideran convenientes, tratando de convencer de que el producto promocionado (productos en general) actúa como solución para la insatisfacción y la carencia de aspectos personales y profundos (sean estos consientes o no), pero derivándolos a salidas que sólo rozan, si rozan, la causa determinante, sirviendo paralelamente para no tocar a esta y dejarla intacta” (Guinsberg, 2006). Así:

“Los encuentros de los potenciales consumidores con sus potenciales objetos de consumo se convierten poco a poco en los ladrillos con que se construye ese entramado de relaciones humanas que sucintamente llamamos ‘sociedad de consumidores’ [...] se caracteriza por refundar las relaciones interhumanas a imagen y semejanza de las relaciones que se establecen entre consumidores y objetos de consumo. Tamaña empresa sólo fue posible gracias a la anexión o colonización, por parte del mercado de consumo de ese espacio que separa a los individuos, ese espacio donde se anudan los lazos que reúnen a los seres humanos y donde se alzan las barreras que los separan” (Bauman, 2007).

Donde no solo “la exposición al contacto con las personas, los lugares y las situaciones nos conducen a menudo a ampliar y cambiar nuestros patrones alimentarios”(Gordon, 2008). Sino como dijera Michael Foucault al analizar la modernidad: desde “las formas de control que de ella emergieron. [...] desde el nivel más microsocia que trata de regir la multiplicidad de los hombres a partir de sus cuerpos individuales” (Hernández et. al., 2009). Por ello:

El neoliberalismo tiene que ser comprendido de una manera totalizante e histórica al interior del sistema-mundo capitalista. Debe ser visualizado como la compleja búsqueda de los centros del poder, por sistematizar, legitimar y racionalizar la regulación del sistema mundo en una fase particular, aquella de la preeminencia del poder financiero mundial. Entendido por regulación del sistema-mundo capitalista las formas por las cuales el capitalismo busca su propia re-producción, esto es, la forma por la cual el propio sistema crea y re-crea las condiciones históricas que le son propicias para su existencia en términos de tiempo y espacio (Dávalos, 2008).

El nuevo aspecto actual es la disminución del antagonismo entre la cultura y la realidad social, mediante la extinción de los elementos de oposición, ajenos y trascendentes de la alta cultura, por medio de los cuales constituía otra dimensión de la realidad. Esta liquidación de la cultura bidimensional no tiene lugar a través de la negación y el rechazo de los ‘valores culturales’, sino a través de su incorporación total al orden establecido, mediante su reproducción y distribución en una escala masiva [...] De hecho, estos ‘valores culturales’ sirven como instrumentos de unión social” [...] Del mismo modo que la gente sabe que los anuncios y los programas políticos no tienen que ser necesariamente verdaderos o justos y sin embargo los escuchan y leen e incluso se dejan guiar por ellos, aceptan los valores tradicionales y los hacen parte de su formación mental (Marcuse, 2001).

Así:

La actividad manipuladora se ve, así, al crudo. Su portavoz no dice quién es el encargo de imponer esa razón —de hecho hay una concepción de elite dominante—; ni se plantea que esta nunca es abstracta, sino tiene un determinado

sentido de clase. Tampoco menciona que en su práctica la ‘razón’ consiste en comprar lo que ayuda promover, dirigiéndose a facilitar su aceptación por aquellos a quienes no se puede hacer escuchar las razones en ninguna otra forma [sic] claro que trata de encubrir ese manejo detrás de una acción benemérita, casi mesiánica (Guinsberg, 2006).

Por lo que “el derrocamiento de la razón es intencionalmente buscado ya que ella actúa como traba para el logro de los objetivos buscados” (Guinsberg, 2006).

Es evidente que los anuncios [o la imagen de los productos] actúan sobre el súper yo, mostrando —de manera explícita o implícita— una continua escala de valores de la que no se debe escapar, salvo al precio de los castigos que siempre son mostrados, generalmente redimibles por el uso del producto promocionado: una persona triunfadora y aceptada será en definitiva, aquella que no sólo cumple con lo que la moral indica, sino también consume aquello que ‘todos’ entienden que es bueno y tiene lo que ‘hay’ que tener (Guinsberg, 2006).

Se tratará en definitiva, de canalizar la energía libidinal humana, de acuerdo a un marco referencial analítico, hacia las necesidades del sistema productivo de manera de, a su vez, canalizar la capacidad productiva de este [...] Se recubre por así decirlo o se difumina hoy día mediante el ‘principio de placer’, pervertido por el capitalismo de unas ganas de comprar totalmente desatadas [...] es decir, hablando con conceptos psicoanalíticos pero desde una perspectiva histórica, que ‘los instintos asociales’ del Ello, los sueños de felicidad, de amor y juventud, son en cierto modo resocializados y rehabilitados al convertirse en una función del proceso capitalista de valoración. Vuelven a ser sociables en la medida en que fomentan las ventas [...] Al ser satisfecha la libido, el placer, en forma de placer de comprar (Guinsberg, 2006).

Haciendo un paréntesis, es en otros casos que hay que comprar simplemente lo único que hay o para lo que alcanza, comprar lo que más rinde o da esperanza.

Frente a tal manejo manipulador, aunque sólo sea reconocido para expertos o estudiosos, sorprenden las constantes acusaciones a lo que se ha dado en llamarse publicidad subliminal, como si esta fuese el paradigma de las trampas a la conciencia y a la razón [...] Pero este es prácticamente una minucia en comparación con contenidos publicitarios que sensorialmente no esconden nada, pero llevan mensajes latentes que transmiten una ideología que, penetran a niveles inconscientes de significación (Guinsberg, 2006).

Donde “la manipulación no es cuestión de azar sino de concienzudo estudio” (Guinsberg, 2009). Diría Jeff Faux “en ese momento me di cuenta de que la globalización no solo estaba produciendo un mercado sin fronteras, sino también un sistema de clases global” (Faux, 2008).

Al respecto de la mercadotecnia:

En las últimas tres décadas se han caracterizado por configurar un ‘paisaje’ alimentario marcado por los colores primarios de las máquinas expendedoras de bebidas azucaradas y los restaurantes de comida rápida, o los lineales (las estanterías de los supermercados) de coloridos envoltorios de galletas, patatas y cereales azucarados siempre en crecimiento: un caleidoscopio obesogénico. Como señalaba un alto ejecutivo de una empresa de bebidas refrescantes, «para

incrementar la omnipresencia de nuestros productos, vamos a poner nuestras marcas bien frías al alcance de todos, donde quiera que se mire: en el supermercado, la tienda donde alquilas los vídeos, el campo de fútbol, la gasolinera... en todas partes (Nestlé y Jacobs, citado por Aranceta et. al, 2008).

En un experimento reciente (Kahn y Wansink, 2004), se ofrecía a dos grupos de sujetos dos tipos de surtido de 300 pastillas de chocolate cubiertas de caramelo coloreado (los conocidos m&m). La única diferencia entre los surtidos era que en uno de ellos había 10 colores distintos y en el otro 7. El grupo con mayor variedad consumió de media un 43% más (91 frente a 64 pastillas). Es sorprendente que la presencia de una mayor variedad únicamente de «colores»—ya que el sabor era el mismo— pueda inducir una diferencia de consumo tan acusada. Pero también factores como el agrupamiento de los envases de comida puede producir grandes diferencias en la ingesta de alimentos, como los responsables de la mercadotecnia de las cadenas de distribución saben y utilizan. En otro estudio, las familias que tenían en casa un mayor número de unidades de productos de alimentación (típicamente paquetes con varios tetrabrik, bolsas de snacks salados en grupos) consumían éstos una media de un 112% más rápido que los que tenían una acumulación menor de los mismos alimentos (Wansink, citado por Aranceta et. al, 2008).

1.4.2.1 Alimentos chatarra y la obesidad

“Se denomina comida ‘chatarra’ o comida basura (Junk Food) a aquella que contiene, por lo general: altos niveles de energía, azúcar, sal y/o grasas trans y/o grasas saturadas, aditivos químicos, colorantes, saborizantes. Poca variedad de nutrientes; y, se la relaciona con: obesidad, enfermedades cardíacas, diabetes tipo II, caries, celulitis. En pocas palabras coadyuva en la alimentación poco saludable” (Quintana, 2013).

“En México, a través de varios estudios se han identificado algunos factores causales de la obesidad, como el consumo excesivo de alimentos con alta densidad energética, el alto consumo de bebidas calóricas, el bajo consumo de frutas y verduras” (Hernández et. al., 2012). En ese sentido, por ejemplo, “el caso de los adolescentes sirve para documentar el crecimiento desmedido de este mal. Entre 1988 y 2006, el incremento en el peso excesivo en este grupo poblacional ascendió a 3.5 veces, en tanto que para la obesidad el aumento fue de cinco veces en menos de 20 años” “(Hernández et. al., 2012). Donde “un factor subyacente reconocido es la pérdida de la cultura alimentaria tradicional” (Hernández et. al., 2012). Por lo que, “sin duda alguna el consenso actual de la comunidad científica es que los factores ambientales y sociales son la causa de los grandes aumentos en la prevalencia de la obesidad en la población“(Hernández et. al., 2012).

Igualmente, “el mayor aumento de la prevalencia de la obesidad entre 1999 y 2006 se observó en la población indígena (>15% por año). Estas tendencias sugieren que México transita hacia una situación en la que la carga de peso excesivo será eventualmente mayor para la población más pobre en todas las edades” (Hernández et. al., 2012). Por lo que en México existen “dos principales factores de riesgo inmediatos de la obesidad: insuficiente actividad física e ingestión de alimentos y los determinantes económicos y de mercado, sociales, culturales y legales que contribuyen a generar un ambiente obesigénico y por lo tanto favorecen el desbalance de la ingesta energética de la población” (Hernández et. al., 2012).

Así, “el nivel de salud de una población no depende sólo de recursos sanitarios de que se disponga, sino también de los factores sociales que lo van a determinar [cultura, política, economía, etc.] [...] Es decir, que para conseguir el más alto nivel de salud [...] habría que incidir más en las políticas sanitarias públicas que presten más atención a los entornos y a los estilos de vida” (Bleda, 2005).

De los alimentos chatarra las frituras y botanas de harina de trigo y/o maíz son las de consumo frecuente. Sin embargo, pueden resultar altamente dañinas para tu salud, como lo revela el estudio del Laboratorio de Pruebas de la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco). [Pues], diversos estudios han demostrado que los productos que actualmente ofrece el mercado poseen nulas propiedades alimenticias, además de tener un alto contenido de calorías, debido, en gran medida, a la presencia de los carbohidratos que aportan los cereales y las grasas absorbidas durante su elaboración. En contraparte, este tipo de productos cuentan con una cantidad muy escasa de fibra, proteínas, vitaminas y minerales, lo que da como resultado un producto desequilibrado en términos nutricionales [...] Por supuesto, se advierte a las personas con hipertensión arterial que eviten el consumo de este tipo de frituras y botanas debido a su alto contenido de sodio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que no se debe ingerir más de seis gramos de sal al día, es decir, 2,400 miligramos de sodio. Según la misma organización, un alimento es considerado como alto en sodio cuando en 100 gramos supera los 500 miligramos de este mineral” (El poder del consumidor, 2014 c).

“Todas las frituras y botanas analizadas por la Profeco superan este parámetro. En diciembre de 2011, el Laboratorio de Profeco analizó 30 marcas de frituras y botanas en donde se encontraron altos índices de sodio y grasas” (El poder del consumidor, 2014 c). En los anexos 1 (Contenido de Sodio en miligramos en 100g de producto) y anexo 2 (% de grasa total del producto) se presentan los resultados de este estudio en diversas marcas de frituras y botanas de las cuales dice El poder del consumidor (2014 c) “cuyo consumo debes evitar” (El poder del consumidor, 2014 c). Dice El poder del consumidor (2014 c), que; “si las cantidades de sal no fueran suficientes en estos productos también encontramos grandes cantidades de grasa” (El poder del consumidor, 2014 c).

De acuerdo con la Agencia de Estándares para Alimentos del Reino Unido (FSA por sus siglas en inglés), en el etiquetado del semáforo, se considera un producto alto en grasa aquel que contenga 20g/100g o más, es decir, aquel que supere 20% de contenido de grasa total” (El poder del consumidor, 2014 c). Además:

En los últimos decenios se ha observado un considerable incremento en la cantidad de productos industrializados que contienen colorantes y aditivos sintéticos. Lo preocupante es que se ha identificado que varios de estos colorantes están asociados a cambios en la conducta de los niños, especialmente con un incremento de hiperactividad y falta de atención. Estos colorantes son: rojo allura o rojo 40, tartrazina o amarillo 5, amarillo ocaso o amarillo 6, rojo cochinilla, carmoisina y ponceau 4R (Bateman et al, 2004; McCann, 2007). Colores como el azul brillante y el azul 1 y 2 han sido asociados, recientemente, con diversos efectos en salud, tales como alergias y algunos tipos de cánceres, a través de modelos animales (Kobylewski y Jacobson, 2010 citados por El poder del consumidor, 2014 d).

En el anexo 3, se pueden ver diferentes productos alimenticios que se venden en escuelas y los colorantes y aditivos que contienen como ejemplo en ‘Mi Barrita piña 26.5 g’ conteniendo

colorantes amarillo 5 y rojo 40; el ‘Be Light 200 ml’ conteniendo aspartame, asesulfame k y colorantes rojo allura, caramelo IV, azul brillante; los ‘Choco Krispies 30 g’ conteniendo colorantes rojo allura, amarillo ocaso, tartrazina, azul brillante; etc. Igualmente en el anexo 4 se pueden observar algunos ‘colorantes en productos de consumo cotidiano’ como ejemplo el ‘Knorr Suiza tomate’ conteniendo glutamato monosódico y colorantes rojo allura, tartrazina; el ‘flan vainilla Jell-O’ conteniendo sucralosa y colorantes amarillo ocaso, rojo allura, caramelo IV; etc. Donde “la disponibilidad de alimentos expresa las posibilidades que pueden tener las personas para alimentarse, relacionadas con la cantidad y variedad de alimentos con que cuenta un país, región, comunidad o el propio individuo, y que dependen de la producción, la importación, la exportación, el transporte y medios de conservación de los alimentos” (Ávila, 2011).

Al respecto; se presenta la tabla 4 con información de ‘El poder del consumidor’ sobre diversos productos chatarra que se exponen a la venta en miles de tiendas en todo el país.

RADIOGRAFÍA DE PRODUCTO	EVIDENCIAS GENERALES Y VALORACIÓN GENERAL
Frutsi (250 ml), de Del Valle Mayo 8, 2013	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un solo vaso de Frutsi cubre del 88% al 146.6% del azúcar máxima tolerada para un niño para todo el día. ➤ Contiene tartrazina (también comúnmente llamado amarillo 5) y benzoato de sodio, los cuales, como se ha demostrado, producen cambios en la conducta en niños induciendo déficit de atención e hiperactividad. <p>Evítese por completo en niños con síndrome de hiperactividad y déficit de atención.</p>
Nido Kinder “para niños de 1-3 años” Abril 24, 2013	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un solo vaso cubre del 68.5% al 91.3% del azúcar máxima tolerada para un niño para todo el día. ➤ Es nocivo proporcionar este producto a un lactante de 1 año de edad por las cantidades de azúcar tan elevadas que contiene. La Organización Mundial de la Salud establece claramente que los infantes y niños pequeños menores de dos años no deben consumir azúcar añadida, ya que puede afectar sus hábitos de alimentación a futuro. <p>No puede ser considerado como un producto saludable para consumo frecuente.</p>
Coca-Cola (600 ml.) Diciembre 18, 2013	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contiene 12½ cucharadas cafeteras de azúcar, lo que cubre de 180 a 252% de lo que un adulto debe de consumir para todo el día, de acuerdo con la Asociación Americana del Corazón. ➤ Si un niño consume una botella de 600 mililitros de Coca-Cola (el tamaño más consumido de este producto) está ingiriendo del 315 a 420% de la azúcar máxima tolerada para todo el día. ➤ Contiene Caramelo IV, colorante asociado al riesgo de padecer cáncer. ➤ Contiene Caramelo IV, el cual se elabora con amonios y sulfuros que al calentarlos se producen unos subproductos llamados 2-metilimidazol y 4-metilimidazol (2-MI y 4-MI), los cuales se ha demostrado causan cáncer. ➤ La OEHHA (Oficina de Asesoría para los Riesgos de Salud Ambiental, que pertenece a la Agencia de Protección Ambiental de California) ha propuesto que la cantidad máxima que se puede ingerir de estos subproductos no debe superar los 29 ug. ➤ Sin embargo, una lata de Coca-Cola contiene poco más de 130 ug., que representa más del 800% de lo recomendado (www.cspinet.org/new/FDA Urged to Prohibit Carcinogenic “Caramel Coloring”.html). ➤ En California se llevó a cabo la regulación de este colorante, donde las empresas que utilicen mayores cantidades del ingrediente a lo establecido tendrán que colocar en su producto una leyenda precautoria estableciendo los riesgos al cáncer ante la exposición del ingrediente. ➤ En el caso de México, la cantidad es de 147 ug. cuando en California es de 4 ug. (www.cspinet.org/new/Tests Show Carcinogen Levels in Coca-Cola Vary Worldwide.html). Aunque en la lista de ingredientes no establecen que contiene ácido fosfórico, se han hecho estudios de análisis bromatológicos que lo han determinado.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aunque en la lista de ingredientes no establecen que contiene ácido fosfórico, se han hecho estudios de análisis bromatológicos que lo han determinado. El ácido fosfórico no permite una buena fijación de calcio en los huesos y a la vez extrae el calcio de los mismos. <p>No vale la pena exponer al organismo a recibir algún daño a través de la ingesta de dichas bebidas.</p>
Galletas Marías de Gamesa (una porción de ocho galletas) Marzo 3, 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si un niño se come una porción de este producto entonces consumiría del 39 a 51% de la cantidad de azúcar máxima tolerada diaria para un niño o niña. ➤ De las calorías totales, el 26% provienen sólo de azúcar, es decir, una cuarta parte. <p>No recomendado para consumo habitual.</p>
Donas Bimbo (105 g., paquete con cuatro donas) Enero 27, 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El paquete de cuatro Donas Bimbo cubre del 90 al 150% de la cantidad de azúcar máxima tolerada diaria para un niño o niña. ➤ Y para un adulto cubre del 64 al 90% de la cantidad de azúcar máxima tolerada para todo el día. ➤ Este producto no contiene nada de fibra. ➤ Contiene más grasa que azúcar: 6.9 gramos por pieza. ➤ Esto equivale a un total de 27.6 gramos de grasa por paquete o el equivalente a 5½ cucharadas cafeteras de manteca. ➤ Del total de grasa, el 25% proviene solamente de grasas trans y el 30% de grasa saturada. ➤ Es importante mencionar que no se recomienda en absoluto la ingesta de grasas trans (www.fda.gov/downloads/Food/Lo que usted debe saber de las grasas trans.pdf). ➤ Contiene colorantes artificiales, como rojo 40 o rojo allura, amarillo 5 o tartrazina, los cuales están asociados a cambios de conducta y déficit de atención en niños (www.cspinet.org/new/pdf/bateman.pdf). ➤ Un paquete cubre un 15.5% de la recomendación diaria de sodio total para un adulto. ➤ Contiene 484 en total, es decir, casi 500 calorías en un solo paquete de Donas Bimbo. ➤ Cubre la cuarta parte de las calorías totales promedio recomendadas para un adulto. ➤ Para un niño cubre la tercera parte. Es decir, que en un solo paquete de donas estaríamos consumiendo el aproximado de calorías que se deberían estar consumiendo en una comida completa, pero sin proporcionar mayor cantidad de nutrientes esenciales para el organismo.
Galletas de avena con pasas Quaker (1 paquete de 6 galletas, 60 gramos). Agosto 19, 2013	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El paquete de 6 galletas contiene 21 gramos de azúcar, equivalentes a 4 cucharadas cafeteras de azúcar, lo cual cubre del 57 al 80% de lo máximo tolerado de azúcar diario para un adulto. ➤ Si un niño se come un paquete de estas galletas, cubriría del 100 al 133% de la ingesta máxima tolerada de azúcar añadida, que no debe ser mayor de 3 a 4 cucharadas cafeteras, de acuerdo con la Asociación Americana del Corazón. ➤ Los principales ingredientes son harina y azúcar. Las galletas no son de avena, sino que son con avena. ➤ Lo preocupante de este tipo de productos es que la industria misma se adjudica auto nombramientos como “Quaker, el experto en nutrición” y son quienes determinan si sus productos son “saludables”. Sin embargo, realmente no lo son. <p>No recomendado para consumo habitual, ni para adultos ni para niños. La cantidad de azúcar es excesiva para el tamaño de la porción, lo cual se asocia a tener mayor riesgo a padecer obesidad y diabetes mellitus a mediano y largo plazo.</p>
Negrito (ahora llamado: Nito) Bimbo (62 g., un paquete) Febrero 4, 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es básicamente azúcar con grasa y aditivos. ➤ Fibra 0.8 gramos. La cantidad de fibra que se sugiere consumir para un niño o niña en todo el día es de aproximadamente 19 gramos provenientes de granos enteros, frutas y verduras (www.who.int/dietphysicalactivity/publications/gsfao obesity.pdf). ➤ El Negrito Bimbo cubre del 85 al 142% de la cantidad de azúcar máxima tolerada diaria para un niño o niña. ➤ Contiene colorantes artificiales, como rojo 40 o rojo allura, amarillo 5 o tartrazina, amarillo 6 o amarillo ocaso, azul 1 o azul brillante, los cuales están asociados a cambios de conducta y déficit de atención en niños (www.cspinet.org/new/pdf/bateman.pdf). ➤ También contiene colorante caramelo III, el cual se elabora con sulfuros que al calentarlo se producen un subproducto llamados 2-metilimidazol (2-MI), el cual se ha demostrado causa cáncer (www.cspinet.org/new/FDA Urged to Prohibit Carcinogenic

	<p>“Caramel Coloring”.html).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entre los aditivos que contiene se encuentra el cloruro de amonio, cual se al ser ingerido puede provocar nauseas, vómito y acidosis en dosis elevadas. Como cualquier sustancia derivada del amonio puede irritar la piel en dosis concentradas. La FDA lo declaró seguro sólo para el empaquetado, pero aquí se utiliza como ingrediente de la masa para el pan. ➤ Este tipo de productos ni siquiera se recomienda ofrecerlo como postre a un niño o una niña, ya que es elevada la cantidad de colorantes, derivados del petróleo y con impactos neurológicos en los niños y niñas, y otros aditivos. <p>Una de las poblaciones que el Estado debe proteger prioritariamente es la infancia. La industria no debe dirigir este tipo de productos a los niños y niñas, ya que representan un riesgo para su salud.</p>
--	---

Tabla 4 radiografías de productos. Fuente: ‘El poder del consumidor’ (2014 a, b).

1.4.3 La reproducción social y las estructuras estructurantes

El neoliberalismo nació después de la Segunda Guerra Mundial, en una región de Europa y de América del Norte donde imperaba el capitalismo. Fue una reacción teórica y política vehemente contra el Estado intervencionista y de Bienestar. Su texto de origen es ‘Camino de Servidumbre’, de Friedrich Hayek, escrito en 1944. Se trata de un ataque apasionado contra cualquier limitación de los mecanismos del mercado por parte del Estado, denunciada como una amenaza letal a la libertad, no solamente económica sino también política (Therborn et. al., 2003).

“En 1947, cuando las bases del Estado de Bienestar en la Europa de posguerra efectivamente se constituían, no sólo en Inglaterra sino también en otros países, Hayek convocó a quienes compartían su orientación ideológica a una reunión en la pequeña estación de Mont Pélerin, en Suiza. Entre los participantes estaban no solamente adversarios firmes del Estado de Bienestar europeo, sino también enemigos férreos del New Deal norteamericano” (Therborn et. al., 2003), que fue la respuesta inmediata en 1932 de Franklin Delano Roosevelt a los problemas de la Depresión económica de 1929, a través de la ayuda social a los desempleados y pobres de los Estados Unidos” (Arroyo, 2001). Pero las ideas de “Friedrich A. Hayek no solo tuvieron alcance para llevarlo a director y creador de la Sociedad Mont Pelérin en 1947 y a Premio Nóbel de economía, sino que esta agrupación ‘antecede la Reunión de jefes de Estado denominada Dávos [en Suiza]’” (Cardoso, 2006). Cabe mencionar que “en la selecta asistencia se encontraban, entre otros, Milton Friedman, Karl Popper, Lionel Robbins, Ludwig Von Mises, Walter Eukpen, Walter Lippman, Michael Polanyi y Salvador de Madariaga. Allí se fundó la Sociedad de Mont Pélerin [...] Su propósito era combatir el keynesianismo y el solidarismo reinantes, y preparar las bases de otro tipo de capitalismo, duro y libre de reglas, para el futuro” (Therborn et. al., 2003). “Preparándose así el terreno para la instauración de un modelo económico, con basé política, llamado neoliberalismo, con planes claramente definidos, el que diversos estudiosos anunciarían conceptualizándolo cómo “la doctrina de la neocolonización de Latinoamérica. [Donde] los países que se someten al programa de ajuste estructural aceptan la construcción de instituciones afines a los intereses del capitalismo transnacional” (Vargas, 2007). Por ello, “el desarrollo en la globalización ha sido en general capitalocéntrica porque sitúa al capitalismo en el centro de las narrativas de desarrollo, tendiendo en consecuencia, a devaluar o marginar cualquier posibilidad de desarrollo no capitalista” (Vargas, 2007).

Tras esta situación, “es preciso asumir que el neoliberalismo es un proyecto global de organización de la sociedad y que los cambios que han tenido lugar en la forma de generar bienestar no son adecuaciones casuísticas o pragmáticas, sino lineamientos congruentes con el sustento ideológico y político del modelo impuesto en los países latinoamericanos” (Vázquez, 2012). “En el caso mexicano se habla de neoliberalismo a partir del sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988)” (Méndez, s/f).

“Una cuestión central que estudia la teoría sociológica es la forma en que la vida de los individuos se ve condicionada, influenciada y orientada por el actuar de otros sujetos. Es decir, la manera en que la eficacia de otros sujetos condiciona la experiencia del individuo” (Rizzo, 2012).

En ese sentido resulta entonces interesante notar la relación entre individuos dentro del sistema económico-político en el que se encuentran. Según Rizzo (2012) dice Marx que:

En la producción social de su vida, los hombres [seres humanos] contraen determinadas relaciones necesarias e independientes de su voluntad, relaciones de producción, que corresponden a una determinada fase del desarrollo de sus fuerzas productivas materiales, y dicho modo de producción de la vida material ‘condiciona el proceso de la vida social, política y espiritual en general’. Por lo tanto, los hombres construyen la historia y la sociedad pero no a su libre arbitrio sino bajo determinadas circunstancias existentes, las cuales les fueron legadas por la historia. Por lo que el proceso de reproducción social debe ser considerado como condicionado por las circunstancias materiales y como proceso histórico (Rizzo, 2012).

Donde “es la característica central del capitalismo: la ubicación de la economía en el centro de la vida social” (Bourdieu, 2007); en todas las relaciones humanas, y de convivencia. En ese tenor:

Lo que distingue al modo de reproducción social capitalista es el hecho de que sólo en él, esta organización de las relaciones de convivencia deja de ser un orden puesto por la formación ‘natural’ de la estructura y se establece como una fuente autónoma de determinación —de sobredeterminación— de la figura concreta de la sociedad. Las relaciones de producción/consumo aparecen aquí como una entidad realmente exterior al sujeto, dotada de capacidad formadora. Enajenándose de la vida en que se constituye la ‘forma natural’ de la sociedad, se vuelven sobre ella y la obligan a deformar su actualización de la estructura del proceso de reproducción social (Echeverría, 1984).

Aunque se está hablando de un modo de producción de la vida material, en este caso capitalismo con su modelo neoliberal que condiciona el proceso de vida social, es pertinente aclarar que:

Uno no imita ‘modelos’ sino las acciones de los otros [...] Pero, que los esquemas puedan pasar de la práctica a la práctica sin pasar por el discurso y por la conciencia, no significa que la adquisición del habitus se reduzca a un aprendizaje mecánico por ensayo y error [...] [donde el habitus] es el producto de la aplicación sistemática de un pequeño número de principios prácticamente coherentes y, en su infinita redundancia, entrega la razón de todas las series sensibles que será apropiada bajo la forma de un principio generador de prácticas organizadas según la misma razón (Bourdieu, 2007) por lo que la razón es moldeada en otra razón por otra razón para una razón.

Es decir, parafraseando a Bourdieu (2007) “la armonización de las experiencias y el continuo refuerzo que de cada una de ellas se recibe se constituirá en una práctica social aceptada” (Bourdieu, 2007). Constituyéndose como “un proceso en el que se impone el carácter ‘natural’ (así es) de los hechos sociales, cerrando la posibilidad sobre lo ‘innatural’ de lo dado como ‘natural’” (Bourdieu 1971 citado por Blanco et. al., 2011). “En donde se sustenta la [supuesta] legitimidad de los discursos de dominación” (Blanco et. al., 2011).

En general “todos los órdenes sociales sacan partido sistemáticamente de la disposición del cuerpo y del lenguaje para funcionar como depósitos de pensamientos diferentes, que podrán ser detonados a distancia y con efecto retardado, por el solo hecho de volver a colocar el cuerpo en una postura global apropiada para evocar los sentimientos y los pensamientos que le están asociados” (Bourdieu, 2007).

En el plano social el cambio [en el proceso de reproducción social] [además] se ha dado desde la sociedad disciplinaria, que describiera Foucault [...] La estrategia de la sociedad disciplinaria era la vigilancia del comportamiento de los individuos en las instituciones, la principal estrategia de la sociedad mediático-consumista es el control de los deseos por medio del consumo [...] a fin de lograr la ilusión de la libertad de consumir promovida por la cultura hegemónica y los medios de comunicación cuando, en la realidad, sólo son expresiones de un control social enajenante (Blanco et. al., 2011).

En resumen, como dice Guattari el modo de producción capitalista actual no funciona únicamente en el registro de los valores de cambio (del orden del capital o de los modos de financiamiento), sino que lo hace a partir de un modo de control de la subjetivación para generar mecanismos que lo posibiliten y lo legitimen como tarea esencial de cada sociedad en su intento de perpetuarse. Desde este punto de vista, la producción de capital funciona de manera complementaria a la cultura: el capital se ocupa de la sujeción económica y la cultura de la sujeción subjetiva, no sólo mediante la publicidad para el consumo de bienes, sino también para la aceptación o legitimación del poder instituido (Blanco et al, 2011).

Para “controlar el momento y sobre todo el tempo de las prácticas es inscribir perdurablemente en el cuerpo, bajo la forma del ritmo de los gestos o de las palabras [las sensaciones como sabores, etc.], toda una relación con la duración, vivida como constitutiva de la persona [...] apropiadas para transformar el tiempo circular en tiempo lineal, la simple reproducción en acumulación indefinida” (Bourdieu, 2007). Donde dice Bourdieu según Vargas (2007) “la subjetividad es refugio o resistencia contra el modelo de pensamiento único hegemónico” (Vargas, 2007). Que corresponde a ciertos intereses y “los intereses [...] corresponden, a disposiciones de actuar” (Villoro, 2007). “Cabría distinguir también, claro está, entre los intereses reales, propios de una clase o grupo social, y los intereses aparentes. Los segundos, los formarían conjuntos de actitudes que tiende a satisfacer necesidades artificiales, inducidas en el grupo, gracias a su situación en un sistema de dominación, por otros grupos, y que sirven para reforzar ese sistema de dominación” (Villoro, 2007). Así:

En la producción social de su vida, los hombres contraen determinadas relaciones necesarias, independientes de su voluntad, relaciones de producción que corresponden a un determinado nivel de desarrollo de sus fuerzas productivas materiales. El conjunto de esas relaciones de producción forma la estructura

económica de la sociedad, la base real sobre la que se levanta una superestructura política y jurídica y a la que corresponden determinadas formas de conciencia social. [...] No es la conciencia de los hombres la que determina su ser sino, por el contrario, su ser social el que determina su conciencia [...] Al considerar esos cambios, hay que distinguir siempre entre el cambio material ocurrido en las condiciones económicas de producción [...] en que los hombres cobran conciencia de ese conflicto y luchan por resolverlo (Villoro, 2007). En tal sentido:

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen hábitos, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ (Bourdieu, 2007). Así, subraya Rueff:

Se muestra que liberalismo [como neoliberalismo] y autoritarismo no se distinguen por la naturaleza de las estructuras que establecen sino por los métodos por los cuales las establecen. El primero incita a los sujetos económicos a desear lo que es preciso que deseen para que la sociedad sea lo que el conjunto de los poderes que contribuyen a determinarla, incluido el Estado, exigen que sea; el segundo obliga directamente a estos mismos sujetos económicos a desear el comportamiento que el plan espera de ellos (Cardoso, 2006). Porque, dice Rueff:

Está en el mercado [este ordenamiento] –correspondiente con la postura neoliberal y nunca -ni por casualidad- en la ciudadanía ni en otros sectores sociales. Porque el neoliberalismo es un liberalismo intervencionista que se preocupa única y exclusivamente por el mercado; sólo interesa el sujeto social como consumidor, cualidad igualatoria; pero al mismo tiempo -esta cualidad- sirve para ocultar las diferencias -ya no en la estructura social y de clase sino- en el desigual acceso al consumo (Cardoso, 2006).

Donde “en los mercados globales, las interacciones entre las empresas y los consumidores, culturas y capitalismos, transforman las preferencias hasta homogenizarlas. [En] el proyecto de globalización que propone un mundo único, con un mercado homogéneo” (Vargas, 2007). Aunque como dice Castoriadis según Yago (2000), “el capitalismo es sumamente desestructurante del espacio social” (Castoriadis citado por Yago, 2000); en ese sentido también se desestructura para estructurar a modo”

1.5 La alimentación como un derecho humano

Dadas las circunstancias y condiciones socio-históricas de ignominia en algunas sociedades humanas, la necesidad biológica y socio-cultural de alimentarse adecuadamente tuvo que enmarcarse legislativamente como un derecho humano; entre otros a través de “la legislación y la normatividad [que] son instrumentos que protegen y aseguran el ejercicio y protección de los derechos” (CDHDF, 2011). Donde:

Los Derechos Humanos, son un conjunto de condiciones de vida indispensables para potenciar de manera integral al ser humano, [...] El Estado está obligado a reconocerlos, respetarlos, protegerlos, promoverlos y garantizarlos por igual [pues

son universales]. No se les puede seleccionar arbitrariamente, en detrimento de los demás [pues son indivisibles], y para su ejercicio y cumplimiento se relacionan unos con otros [pues son interdependientes] [...] Porque la defensa y promoción de los derechos humanos, es la salvaguardia de la dignidad de las personas y de los pueblos (Centro de Derechos Humanos, 2013).

Por lo que son progresivos. En ese sentido el derecho a la alimentación se constituye como un derecho fundamental e inherente al de la salud pues como lo declara el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Observación General No. 14 “la salud es un derecho humano fundamental para el ejercicio de los demás derechos humanos” (Comité DESC citado por CDHDF, 2011, pág. 24), pero sobre todo inherente al principal derecho, a la vida, porque sin alimentación los seres humanos mueren, pues “el derecho es una facultad que nos permite vivir” (CDHDF, 2011). Por lo que se establece la alimentación como un derecho primordial; que se refiere según Olivier De Schutter (2011) Relator de Naciones Unidas para la Alimentación; a:

Tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que se pertenece y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna (Schutter citado por Centro de Derechos Humanos, 2013).

Además, según la Observación General No. 12 del Comité DESC. El derecho a la alimentación:

Se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla [...] No debe interpretarse, por consiguiente, en forma estrecha o restrictiva asimilándolo a un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos [...] Tendrá que alcanzarse progresivamente[...] Los Estados tienen la obligación básica de adoptar las medidas necesarias para mitigar y aliviar el hambre (ONU, 2010).

Dentro de esta última cita cabe hacer una observación y una precisión. Observación: el ‘Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (PIDESC)’ en su artículo 11 especifica que el derecho a la alimentación y nutrición es “el derecho de toda persona a una alimentación adecuada y derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre” (PIDESC citado por CDHDF, 2011) en ese sentido resalta lo dicho por el Comité DESC de no asimilar el derecho a un conjunto de calorías. Y, precisión: el término ‘adecuado’ en alimentación “se refiere a la cantidad, la calidad y su carácter apropiado, tomando en cuenta los aspectos culturales y la fisiología de la persona (por ejemplo, sexo, edad y salud)” (ONU, 2010); en este tenor el término adecuado es más amplio que el considerado en la NOM-043 de México de hecho es equiparable al de ‘alimentación correcta’, de la misma NOM que en el caso mexicano se refiere a ‘dieta correcta’.

Es importante el hecho de que se mencionen instrumentos internacionales en materia de derechos humanos, como la ‘Declaración Universal de Derechos Humanos’, el ‘PIDESC’, el ‘Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de

Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", etc. porque México ha suscrito y ratificado esos compromisos jurídicos de protección de los derechos; algunos desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 en la ONU; por lo que lo signado es jurídicamente vinculante con su legislación como 'Estado Parte' de esas relaciones internacionales; donde "el derecho a la alimentación es una obligación jurídicamente vinculante para los 160 Estados Partes del PIDESC adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y que entró en vigor en 1976" (ONU, 2013). Al respecto, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) en su Artículo 1, menciona: "En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte...". De hecho, México acaba de formar parte en la aprobación de la Ley Marco 'Derecho a la Alimentación, Seguridad y Soberanía Alimentaria'. Aprobada en la XVIII Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano, celebrada del 30 de noviembre al 1 de diciembre de 2012, en Panamá. En el que se establece entre otros:

“Artículo 3º.- Objetivo de la Ley:

Asegurar el ejercicio pleno del derecho humano a una alimentación adecuada.

Artículo 4º.- La finalidad de esta Ley es:

a. Declarar como prioridad nacional la política y estrategia del derecho a la alimentación adecuada” (ONU, 2013).

Así, México ha firmado y ratificado acuerdos internacionales en materia alimentaria; destaca el aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el derecho a la alimentación, el cual fue reconocido formalmente como un derecho humano; conforme lo establece su artículo 25 que a la letra dice: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, al igual que a su familia, la salud y el bienestar, en especial a la alimentación” (ONU, 2013). Aunque “el derecho humano a la alimentación se define de manera más amplia en la Observación General número 12, la cual fue elaborada por el Comité DESC, el cual es un organismo internacional en materia de derechos humanos dentro del sistema de Naciones Unidas” (Centro de Derechos Humanos, 2013), del que se pueden resumir cuatro contenidos básicos en este derecho:

“Accesibilidad física y económica: implica que el Estado debe garantizar que todas las personas puedan ejercer este derecho sin que haya impedimentos económicos, por falta de empleo o salarios dignos, o bien, debido a que no cuenten con medios necesarios para producirlos, por ejemplo agua y tierra. Asimismo, debe haber acceso para aquellas personas que se vean impedidas a alimentarse por estar en una situación de vulnerabilidad.

Calidad: este aspecto del derecho hace referencia a que cuando hablamos de alimentarnos no es solamente llevarnos alimentos a la boca, sino que estos alimentos deben ser en cantidades suficientes y con los componentes nutrimentales necesarios, asimismo, deben ser inocuos, lo que significa que no debe causar daños a la salud. En este aspecto también se debe contemplar que los alimentos sean aceptables culturalmente y conforme a lo que los pueblos decidan.

Disponibilidad: se entiende que este derecho debe contemplar que las personas se alimenten por sus propios medios, por ejemplo, cultivar sus alimentos y por tanto

que exista disponibilidad de semillas, tierra y agua, o bien que las personas puedan disponer de medios de comercialización y distribución de alimentos adecuados y justos. También, cuando no existe ninguna posibilidad de acceder por sus medios a alimentarse, que puedan tener a su disposición alimentos suficientes para su supervivencia.

Asequibilidad: se refiere a los aspectos económicos que influyen en la realización del derecho humano a la alimentación, relacionados con el ingreso económico de las personas para acceder a alimentos y los precios de éstos en el mercado” (Centro de Derechos Humanos, 2013).

En la CPEUM sobre el derecho a la alimentación menciona en su Artículo 4: “Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará”.

Uno de los errores comunes que se cometen acerca de la interpretación del derecho a la alimentación es creer que el derecho a la alimentación es un derecho a ser alimentado, no, sino principalmente el derecho a alimentarse en condiciones de dignidad. Se espera que las personas satisfagan sus propias necesidades con su propio esfuerzo y utilizando sus propios recursos. Una persona debe vivir en condiciones que le permitan o producir alimentos o comprarlos (ONU, 2010).

CAPÍTULO II. EXPLORACIÓN SOCIO-HISTÓRICA

“Inevitablemente, la historia que pretendemos contar aquí será incompleta –o más bien tendrá un final abierto- como ocurre con todos los informes que llegan desde el frente de batalla”

Zygmunt Bauman
(Bauman, 2007).

2.1 Exploración socio-histórica y el contexto de la salud pública en México

Evidentemente hablar de un proceso de salud-enfermedad con la concepción bidimensional humana de salud, es hablar intrínsecamente de un proceso socio-histórico, por lo que pensar en una disociación en la dimensión social resulta reducir la realidad concreta, resulta minimizar a la vida misma. Ante este señalamiento es pertinente en un sentido más amplio de la totalidad histórica rescatar para el caso de México ‘los antecedentes’ sobre los “Principales Momentos del Contexto Económico, Político y Sociosanitario en la Historia Reciente de México”; mismos que pueden verse en la tabla 5 considerando el periodo histórico desde 1920 hasta 2010.

La importancia de esta exploración socio-histórica es hacer énfasis en que los padecimientos de la población y la transición epidemiológica no son hechos aislados y mucho menos del rumbo económico y de las decisiones políticas que se han tomado con el paso de los años.

Principales Momentos del Contexto Económico, Político y Sociosanitario en la Historia Reciente de México

1920 -1938	
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO	Etapa pre revolucionaria. El Estado mexicano pretende responder a los compromisos pactados en la constitución de 1917. Intervención estatal orientada a garantizar la paz social, la gobernabilidad y condiciones de seguridad para la expansión capitalista.
PERFIL DOMINANTE DE SALUD / ENFERMEDAD	Mortalidad general, infantil y materna muy elevada. Alta letalidad por enfermedades infecciosas. Epidemias.
PARADIGMA DOMINANTE EN SALUD POBLACIONAL	Higienistas.
ACTOR AL QUE SE ORIENTA LA ATENCIÓN	Pobres.
EJES DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	Saneamiento de puertos, puentes y fronteras. Transformación y saneamiento del medio, lucha contra vectores, campañas sanitarias contra el tifo, la fiebre amarilla, la lepra, la oncoserculosis y la viruela. Formación de oficiales médicos
1938-1970	
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO	Modelo de sustitución de importaciones (MSI). Ideología desarrollista y Estado-Nación que impulsa una vertiente de bienestar, desarrollo de instituciones de la salud, expansión de los servicios públicos de atención médico-sanitaria. Bifurcación del sistema de salud entre seguridad social y atención médico-sanitaria.
PERFIL DOMINANTE DE SALUD / ENFERMEDAD	Mortalidad general, infantil y materna elevada, predominio de enfermedades infecciosas carenciales. Reducción de muertes por enfermedades prevenibles por vacunación.
PARADIGMA DOMINANTE EN SALUD POBLACIONAL	Preventivista.
ACTOR AL QUE SE ORIENTA LA ATENCIÓN	Individuos socialmente débiles. Marginados. Trabajadores formales.
EJES DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	Desarrollo de antibióticos y vacunas. Campañas nacionales de prevención específica contra las enfermedades inmuno-prevenibles y patologías específicas (paludismo, tuberculosis, viruela). Formación de médicos y sanitarios.
1970-1985	
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO	Agotamiento del MSI. Crisis de la deuda. Freno a la tendencia expansiva de los servicios públicos.
PERFIL DOMINANTE DE SALUD /	Coexistencia de enfermedades infecciosas, carenciales y crónicas. Tendencia

ENFERMEDAD	ascendente de enfermedades del corazón, cerebrovasculares, diabetes y de lesiones accidentales e intencionales.
PARADIGMA DOMINANTE EN SALUD POBLACIONAL	Multicausal.
ACTOR AL QUE SE ORIENTA LA ATENCIÓN	Trabajadores formales. Trabajadores informales.
EJES DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	Modelos epidemiológicos. Inferencia estadística. Inclusión de componentes de ciencias sociales y de la conducta. Extensión de cobertura con programas de atención simplificada.
1985-2010	
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO	Políticas de ajuste macroeconómico. Modernización del Estado y de la Política social. Separación de funciones en las instituciones públicas. Reducción de la inversión en infraestructura pública. Focalización, selectividad y privatización de lo público rentable. Privilegio de la lógica de mercado.
PERFIL DOMINANTE DE SALUD / ENFERMEDAD	Mayor complejidad epidemiológica, mayor proceso de enfermedades crónicas y mortalidad por patología de adultos y adultos mayores, aumento de adicciones y psicotranstornos, emergencia de nuevos problemas (sida, influenza pandémica), incremento de las muertes violentas y de las desigualdades sociales socio-sanitarias.
PARADIGMA DOMINANTE EN SALUD POBLACIONAL	Gerencial/privatizadora.
ACTOR AL QUE SE ORIENTA LA ATENCIÓN	Consumidores.
EJES DE LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	Desarrollo de la epidemiología moderna; incorporación de la tecnología informática. Modelos gerenciales y de costo- efectividad. Mezcla público-privado. Impulso a los paquetes básicos ampliación del consumo de servicios privados.

Tabla 5. Principales Momentos del Contexto Económico, Político y Sociosanitario en la Historia Reciente de México. Fuente: codificado de Jarillo López y Mendoza, 2005, según Blanco et. al., 2011.

Así mismo, resultado de ese transitar histórico uno de tantos aspectos socio-económicos del México actual, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) con base a los indicadores de pobreza es, que el número de pobres en el 2008 era de 48.8 millones. Para 2010 de 52.0 millones de un total de “112.6 millones de habitantes; de los cuales 11.7 millones se consideran pobres extremos, 40.3 pobres moderados, 32.3 millones vulnerables por carencia social, 6.5 millones vulnerables por ingreso y 21.8 son población no pobre y no vulnerable” (CONEVAL, 2011).

Es conveniente aclarar, que actualmente según el CONEVAL “para determinar la pobreza existen 8 dimensiones, 6 son ‘Indicadores de carencia social’ que son: rezago educativo, carencia por acceso a los servicios de salud, carencia por acceso a la seguridad social, carencia por calidad y espacios de la vivienda, carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda y carencia por acceso a la alimentación; que son los que determinan la clasificación, sin embargo existe un indicador llamado línea de bienestar y otro llamado línea de bienestar mínimo, que corresponden ambos a cantidades de ingreso económico que determinan de forma más precisa la condición” (CONEVAL, 2011).

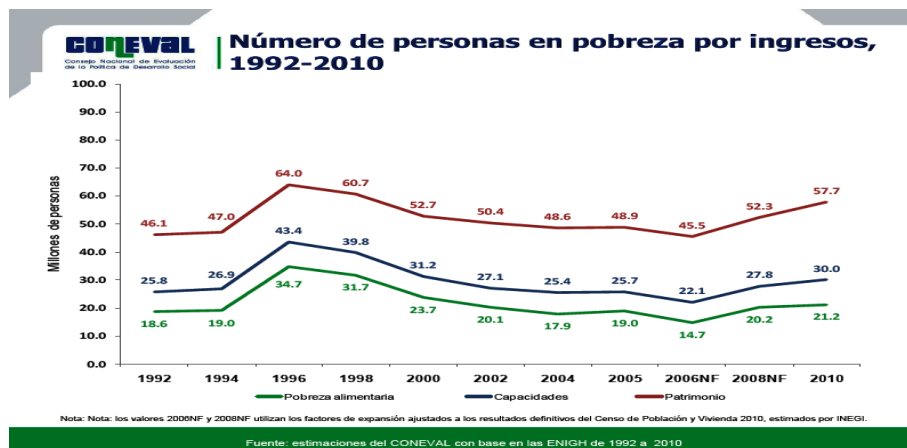
Es importante considerar en ‘Términos de la Metodología para la Medición Multidimensional de la Pobreza en México’ que se considera ‘Carencia por Acceso a la Alimentación’ a los hogares que “presenten un grado de inseguridad alimentaria moderado o severo. El grado de inseguridad alimentaria refleja el proceso que comienza con la reducción en el consumo de calorías, primero entre los adultos y luego entre los niños. Esta reducción es leve al comienzo, pero puede llevar al hambre, primero entre los adultos, y eventualmente entre los niños.”

En referencia al salario mínimo de la población en México, para “2011 de acuerdo a lo establecido por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social a través de la Comisión Nacional de los Salarios mínimos era de \$ 50.06 por día, promedio de los Estados Unidos Mexicanos y para 2013 de \$ 63.12” (STPS, 2013). Donde al mismo tiempo, por ejemplo, el costo calculado de la “canasta normativa alimentaria (conjunto de alimentos que cumplen con los requerimientos nutricionales por edad y sexo) para el Distrito Federal es considerada *per cápita* para el hogar promedio de \$ 50.64; de acuerdo con la composición demográfica del Censo 2010 en el Distrito Federal a precios noviembre del 2011” (Ávila y Boltvinik, 2012). Donde “el tamaño promedio del hogar en el Distrito Federal con cálculos de ese mismo 2011 es de 3.6 personas” (Ávila y Boltvinik, 2012).

Visto a partir del salario mínimo, el ingreso habría perdido ya más de la mitad de su valor nominal en las dos últimas décadas, sin posibilidades de recuperación a corto plazo. Los efectos más inmediatos se presentan en la alimentación, independientemente de que sea uno de los rubros de menor proclividad al sacrificio por la población. La salida más inmediata es recomponer los niveles de gasto, pero las decisiones de los consumidores no se ven favorecidas ante el impulso de consumir alimentos chatarra preelaborados propio de las economías de mercado (Hernández et. al., 2012).

En México además, la población con ‘ingreso menor a la línea de bienestar’ (que para el medio urbano es de \$ 2, 114 y rural de \$ 1, 329 al mes) aumentó 4.8 millones de la población; la población con ‘ingreso menor a la línea de bienestar mínimo’ (que para el medio urbano es de \$978 y rural de \$ 684 al mes) aumentó 3.5 millones llegando a un total de 21.8 millones y la población con carencia de acceso a la alimentación aumentó en 4.1 millones de habitantes. Es importante decir, que referencias económicas de ingreso son discrecionales ya que según López (2009) el Banco Mundial establece parámetros o líneas de pobreza para los países de América Latina y el Caribe y para los industrializados, por ejemplo: “en 1985 sugiere una línea de pobreza de 2 dólares diarios por persona para América Latina, y de 14.40 dólares la línea de pobreza para los industrializados que corresponde a la de los Estados Unidos” (Ppa y Hernández Vela citados por López, 2009). Actualmente en 2013, la línea de pobreza que establece el Banco Mundial es de 1.25 dólares por persona por día (Banco Mundial, 2013).

Al respecto, a nivel nacional el CONEVAL (2011) construye una gráfica (4) que correlaciona los fenómenos: social, económico y material (se muestra desde 1992 al 2010); donde quedan claramente identificados la pobreza alimentaria, pobreza de capacidades (ingreso) y pobreza de patrimonio. De la que se puede apreciar que cuando aumenta la pobreza de ingreso (línea central) aumenta la pobreza de patrimonio (línea superior) y aumenta la pobreza alimentaria (línea inferior), es decir, la variable independiente en este fenómeno parte de un proceso socio-histórico es el ingreso económico y las variables dependientes son la pobreza alimentaria y la pobreza de patrimonio de las poblaciones. Con su ascenso en 1995 y su punto más alto en 1996 que disminuyó durante 10 años y repunta a partir de 2006. En esta gráfica también puede apreciarse la fluctuación en el número de personas con pobreza alimentaria que en 1992 por ejemplo era de 18.6 millones.



Gráfica 4. Número de personas en pobreza por ingresos, según entidad federativa, 2008-2010. Estimaciones en base a 112.6 millones de personas cálculos del INEGI. Fuente: CONEVAL, 2011.

De acuerdo a parte del contexto de la salud pública en México, datos epidemiológicos de la salud pública del sistema de México en cifras arrojan que “en 2012 hubo 602 354 defunciones generales en el país” (INEGI, 2014). Las principales causas de mortalidad en 2012 pueden observarse en la tabla 6, de las cuales sobresalen las defunciones por: “enfermedades del corazón (excluido paro cardíaco) con 109 309, enfermedades isquémicas del corazón con 74 057, diabetes mellitus con 85 055, tumores malignos con 73 240, enfermedades del hígado con 33 310 y enfermedades cerebrovasculares con 31 905 defunciones; respecto a la desnutrición y otras deficiencias nutricionales se suscitaron 7 730 defunciones” (INEGI, 2014).

Causas de defunción

Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2012

Principales causas	Defunciones
Total	602 354
Enfermedades del corazón ^a	109 309
Enfermedades isquémicas del corazón	74 057
Diabetes mellitus	85 055
Tumores malignos	73 240
Accidentes	37 727
De tráfico de vehículos de motor	17 098
Enfermedades del hígado	33 310
Enfermedad alcohólica del hígado	12 540
Enfermedades cerebrovasculares	31 905
Agresiones	25 967
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18 532
Influenza y neumonía	15 734
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ^b	14 391
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	6 372
Insuficiencia renal	11 955
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9 414
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	7 730
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	5 549
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5 172
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4 974
Septicemia	4 516
Anemias	3 647
Enfermedades infecciosas intestinales	3 347
Úlceras gástrica y duodenal	2 496
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10 656
Las demás causas	87 728

Nota: Si desea obtener más información acerca de las principales causas de mortalidad por entidad federativa, edad y sexo, se sugiere consultar el tabulado **Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido**, donde podrá generar de manera dinámica la combinación de variables de su preferencia, con datos de periodos anteriores.

^a Se excluye paro cardíaco.

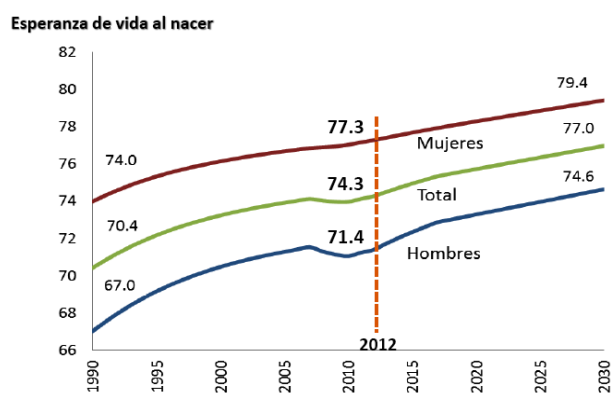
^b Incluye tétanos neonatal.

Fuente: INEGI. *Estadísticas de Mortalidad*.

Tabla 6. Defunciones generales. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad 2012. Fuente: INEGI, 2014.

Así, en México “la tasa de mortalidad normalizada según la edad, por diversas causas por 100 000 habitantes en 2008 es 68 por padecimientos transmisibles, 493 por padecimientos no transmisibles [ECNT] y 57 por traumatismos. En México las ECNT causaron el 75% del total de las muertes y 68% de los años potencialmente perdidos (Stevens G citado por Hernández et. al., 2012), donde tan solo “tres de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición: isquémica del corazón, diabetes mellitus 2 y enfermedad cardiovascular ocupan las tres primeras causas de muerte. Más aún, el índice de masa corporal elevado (obesidad) contribuye el 12.2% al total de muertes y 5.1% al total de años de vida ajustados por discapacidad” (Mathers et al. citado por Hernández et. al., 2012).

El gasto total en salud como % del Producto Interno Bruto (PIB) en 2008 fue de 5.1% y en 2010 el 6.3%. El gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio en 2010 fue de 603 dólares” (OMS, 2013g, pág. 137). En este último rubro se tienen datos de otros países con gasto per cápita en dólares 2010 muy similares al de México, tal es el caso de: “Cuba con 583, Sudáfrica con 631 y Panamá con 663” (OMS, 2013g, pág. 137); se cuentan también con datos de países latinoamericanos con economías similares a la de México con mayor gasto en salud per cápita en dólares, tal es el caso de “Argentina con 709 dólares, Costa Rica con 802 y Brasil con 990. Además también hay países con mucho mayor inversión en salud como “Canadá con 5257, Dinamarca con 6253” (OMS, 2013g, pág. 133), “Noruega con 8039, Luxemburgo con 8193” (OMS, 2013g, pág. 137) y “Estados Unidos con 8233” (OMS, 2013g, pág. 135). Pese a las circunstancias anteriores, el gasto administrativo como % del gasto en salud; es mayor en México que en cualquier país de la OCDE” (OECD Health at Glance citado por SSA, 2013 c, pág. 22).



Fuente: CONAPO. Proyecciones de Población 2010-2050, versión Censo 2010.

Gráfica 5. La esperanza de vida al nacer en México. Fuente: CONAPO citado por SSA, 2013 c.

Respecto a “la esperanza de vida al nacer en México en 1990 era de 71 años y en 2011 de 75 años” (OMS, 2013g). Sin embargo el fenómeno de sobrepeso y obesidad en 2010 (entre otros) se expresó con contundencia como causa de que este dato estadístico de esperanza de vida (gráfica 5), se posicionara en el total por población debajo de 74.3 años, repuntando hasta 2012.

Referente al personal sanitario con el que cuenta México (2005-2012), hay por 10 000 habitantes 19.6 Médicos” (OMS, 2013g, pág. 118), “en 2011 en todo el país había 202 160 médicos” (INEGI,

2014); también en 2010 se reportaron “3.8 Hospitales (por 100 000 habitantes), 17 Camas hospitalarias (por 10 000 habitantes), unidades de radioterapia (por millón de habitantes) 0.6 y la mediana de la disponibilidad de determinados medicamentos genéricos en los sectores público y privado del 46.2%” (OMS, 2013g).

En materia de patologías y perfil epidemiológico dice Hernández et. al. (2012):

México es un país donde todavía no logramos vencer la desnutrición y sus consecuencias que causan más de 8000 defunciones al año, y sin embargo ya nos asfixia el sobrepeso y la obesidad que causan muerte de decenas de miles de individuos al año [...] Solo para enfatizar, el caso de la diabetes, habría que recordar que esta patología es responsable de más de 80 000 defunciones anuales en el país, además que representa la causa de uno de cada siete fallecimientos (Hernández et. al., 2012).

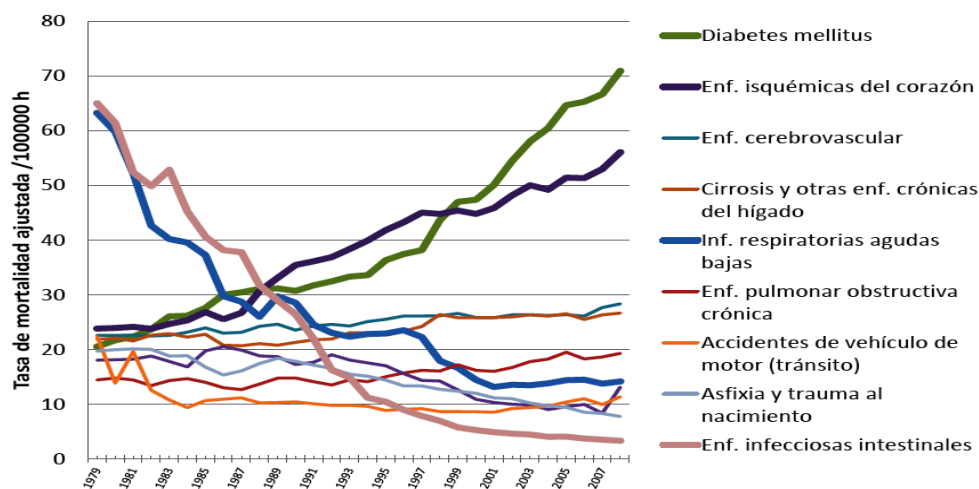
Al respecto, en 2012 “una de cada cuatro defunciones que se registran en el país tienen relación con el peso excesivo y que casi tres cuartas partes de las defunciones totales que se acercan a 600 000 [...], entran en la clasificación de aquellas debidas a las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición” (Hernández et. al., 2012); es decir, con este referente alrededor de 450 000 defunciones en el país. Lo que se explica porque “alrededor de siete de cada 10 adultos (más de 49 millones) [aproximadamente el 70% de adultos] y uno de cada tres niños de cinco a 19 años (alrededor de 12 millones) [aproximadamente el 30% del total de los niños] presentan peso excesivo (sobrepeso u obesidad)” (Hernández et. al., 2012). Es decir, aproximadamente 62 millones de mexicanos, lo que representa el 55.5% de la población con referencia a 112 millones de habitantes según el ‘Censo de población y vivienda 2010’. Donde, asimismo, esta circunstancia epidemiológica ha alcanzado ya en 2014 a un total de “más de 70 millones de mexicanos” (INSP, 2014). Es decir, aproximadamente ya a el 62.5% del total de la población (calculado con los 112 336 538 habitantes). En la tabla 7 puede apreciarse el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en México entre 1988-2012.

Sobrepeso / Obesidad entre 1988-2012					
Grupo poblacional	1988	1999	2000	2006	2012
Menores de 5 años	18.8/7.8	25.7/8.8		21.3/8.4	23.8/9.8
Niños 5-11 años		18.6/9.6		20.8/16.6	19.5/17.4
Niñas 5-11 años		17.2/8.3		19.7/12.6	20.2/11.8
Niños 12-19 años				20.0/13.0	19.6/14.5
Niñas 12-19 años	9.6/1.5	21.9/6.4		22.5/10.9	23.7/12.1
Mujeres 20-49 años	25.0/9.5	36.1/24.9		36.9/32.4	35.4/35.2
Mujeres ≥20 años			41.3/19.4		42.6/26.8
hombres ≥20 años			29.0/36.3		35.5/37.5

Tabla 7. Sobrepeso / Obesidad entre 1988-2012. Fuente: Centro de investigación en nutrición y salud del Instituto Nacional de Salud Pública citado por Hernández et. al., 2012.

Cabe destacar, por lo anterior, que dentro de este contexto, México “ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad en niños como en adultos” (OPS, 2013 b). Por ejemplo en la Ciudad de México la tendencia es la misma que a nivel nacional, donde “en el 2011 según datos de la Secretaria de Salud del D.F. (SEDESA) llegaron a 30 991 entre enfermedades del corazón, diabetes, tumores y cerebrovasculares” (SEDESA, 2013 b) en ella, prevalecen padecimientos asociados a la obesidad y al sobre peso. De hecho la diabetes mellitus, las enfermedades del corazón (cardiovasculares) y los tumores malignos (cáncer), siguen siendo las principales causas de muerte

de la población prácticamente desde la década de los 60's y van en aumento año con año. Y aunque la desnutrición y otras deficiencias nutricionales también han estado presentes, no empezaron a figurar estadísticamente como causas de defunción en el Distrito Federal sino a partir de los 90's, oscilando entre el lugar 14 y en el lugar 18 para el 2011 (ver anexo 5). En la gráfica 6 se muestra el fenómeno de transición epidemiológica (de 1979 a 2009) que está padeciendo México, donde un primer grupo, entre enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas bajas de estar colocadas como las principales en tasas brutas de mortalidad disminuyen con el paso de los años; al mismo tiempo un segundo grupo, las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares aumentan a tal grado que gráficamente entre 1986 y 1989 se da un cruce entre todos los padecimientos mencionados y donde al mismo tiempo continúan ambos la trayectoria en el sentido que la llevaban hasta colocarse el segundo grupo como las primeras tasas brutas de mortalidad en el país, instaurándose en este proceso dinámico un nuevo patrón claramente identificable de padecimientos imperante en la población. Estos hechos, constituyen la transición epidemiológica. En el anexo 6 (cambios en el perfil epidemiológico), puede observarse este fenómeno de la transición epidemiológica con mucha más especificidad, con referencia a la tendencia de los padecimientos mencionados, que aunque no está gráficamente proporcionada la variable tiempo sirve de manera ilustrativa destacando además los cambios porcentuales por padecimientos y el ascenso de los 'tumores malignos' que en la gráfica 6 por alguna causa se exceptúa.



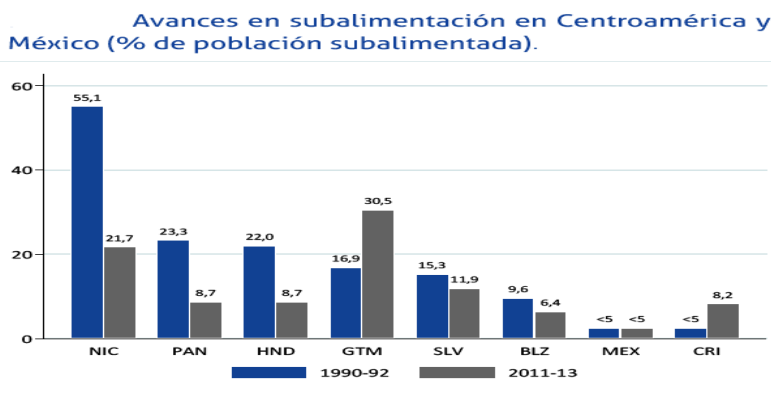
Gráfica 6. Tasa de mortalidad en México. Fuente: Gloria-Hernández 2011 según Barquera Simón 2013.

Respecto a la situación demográfica, “México está comenzando a vivir una etapa de transición hacia un crecimiento de mayor población de más de 65 años proyectándosele un cambio hacia 2030 con un 13.9 de población mayor a 65 años” (CONAPO citado por SSA, 2013 c).

Referente a la situación alimentaria de la población en México, aunque en 2010 según datos del CONEVAL (2011) indican que habían en el país “28 millones de personas con carencia de acceso a la alimentación” (CONEVAL, 2011), según datos del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2014) indican que “entre 1989 y 2012 México logró la meta de reducir a más de la mitad el porcentaje de personas que padecían de hambre y que sobrevivían con menos de

1.25 dólares diarios (de 9.3% en 1989 a 4.0% en 2012)”. Es oportuno mencionar que de acuerdo a datos del INEGI la población en 1990 era de 81 249 645 millones de habitantes.

De hecho, de acuerdo a las estimaciones de la FAO (2014) en los ‘Avances en la subalimentación (hambre) en Centroamérica y México (% de población subalimentada)’ en (1990/92 – 2011/13) “la población de México con subalimentación (hambre) desde 1990 ha estado por debajo del 5% del total de su población, dato que se puede apreciar en la gráfica 7 donde sobresalen en este orden Nicaragua, Guatemala, Panamá y Honduras con mayor población con hambre o subalimentación” (FAO, 2014).



Fuente: FAO (2013).

Gráfica 7. Avances en la subalimentación en Centroamérica y México (% de población subalimentada). Fuente: FAO, 2014.

Sin embargo, más allá de estos datos, el hambre y sobre todo la anemia “tiene efectos deletéreos sobre el desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto, matemáticas, resolución de problemas y el desarrollo del lenguaje cuando se presenta en niños menores de dos años. De no ser prevenida y atendida en este periodo, los efectos adversos resultan irreversibles” (Gutiérrez et al., 2012).

De acuerdo con los datos encontrados en la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) 2012, la prevalencia de anemia sigue siendo un problema serio en México, especialmente en los niños menores de cinco años y muy en particular en los de 12-24 meses de edad, (Gutiérrez et al., 2012.). “La mayor prevalencia de anemia se observó en los niños de 12 a 23 meses de edad (38%).”La OMS ha definido que las prevalencias menores a 5.0% son indicativas de un buen desempeño, prevalencias de 5 a 19.9 son indicativas de un problema leve, de 20 a 39% de un problema moderado y porcentajes iguales o superiores a 40% se deben considerar como un problema grave” (Gutiérrez et al., 2012). Al respecto tanto la FAO, como el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) han realizado estudios que indican como impacta “la contribución del crecimiento agrícola a la reducción de la pobreza, el hambre y la malnutrición (FAO, FIDA y PMA, 2012).

Como las condiciones de salud refieren circunstancias tanto físicas, mentales y sociales de los sujetos o las comunidades y no solamente a la ausencia de afecciones en estos; se vuelve complejo hablar de todo el contexto en salud pública en un solo apartado; en este sentido algunas situaciones de salud pública como la pobreza y algunos ‘Indicadores de carencia social’ por ejemplo, se encuentra descritas en el subtema ‘2.1 Análisis socio-histórico’ de este capítulo II o en otros.

2.1.1 Los programas y políticas de alimentación en México

El “Estado mexicano ha implementado diversas acciones en programas y políticas alimentarias y de nutrición desde 1922” (Barquera et al., 2001) ver anexo 7. De los programas de distribución de alimentos, en México se han probado prácticamente todas las modalidades, desde un sistema de subsidio a los consumidores (que va de los programas de desayunos escolares a la creación de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares Conasupo), hasta un sistema de subsidios a los productores” (Barquera et al., 2001).

Hasta los años sesenta: las principales estrategias de política alimentaria fueron los subsidios a la producción de alimentos, el control de precios de alimentos de la canasta básica y precios de garantía a la producción, almacenaje y distribución de productos agrícolas. Estos fueron los orígenes de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo), de la Distribuidora Conasupo (Diconsa) y del Programa de Abasto de Leche Industrializada Conasupo (Liconsa). Conasupo y sus filiales se encargaron de aplicar subsidios generalizados y selectivos con el fin de mejorar la capacidad adquisitiva de los grupos más pobres del país, sus beneficios se vieron principalmente en zonas urbanas (INSP citado por Ávila 2011).

“En la misma década, dado que México era autosuficiente en materia de alimentos, se concebía la mortalidad infantil como producto de la falta de higiene y de atención médica más que de una carencia de alimentos” (Ávila 2011). De hecho la importación de granos básicos representaba el 9% del total sectorial en 1965 y el 67% en 1975” (Olmedo, 1986).

En 1980 el Estado creó el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), un programa que tuvo por objeto estimular la producción de alimentos básicos [...] A partir de 1983 se crea el Programa Nacional de Alimentación (Pronal), como una de las medidas de ajuste estructural para disminuir el gasto público reduciendo significativamente los subsidios relacionados con el consumo y producción de alimentos (Barquera et al., 2001).

“A principios de los noventa se inicia el programa integral “Solidaridad” y el gobierno diseña un programa social integral denominado Progresá (Programa de Educación, Salud y Alimentación) al mismo tiempo que dio fin a la existencia de Conasupo, organismo paraestatal que operaba gran parte de los subsidios generalizados en el país desde hacía casi 41 años” (Barquera et al., 2001), siendo esta una de las principales empresas paraestatales relacionadas con programas y políticas de alimentación y nutrición en México en donde está incluida Diconsa, ya que esta Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo) se dedicaba a proporcionar a las poblaciones subsidios al consumo de alimentos de manera diversificada en: Leche Industrializada Conasupo, S.A. (Liconsa) dedicada a proporcionar a las poblaciones leche, Distribuidora Conasupo, S.A. (Diconsa) dedicada a proporcionar a las poblaciones venta de alimentos al menudeo (y desde 1979 a través de su Programa de Abasto Rural ‘PAR’), Maíz Industrializado Conasupo, S.A. (Minsa) dedicada a proporcionar a las poblaciones maíz, Trigo Industrializado Conasupo, S.A. (Triconsa) dedicada a proporcionar a las poblaciones pan, Industrializadora Conasupo, S.A. (Iconsa) dedicada a proporcionar a las poblaciones Granos y semillas, Impulsora del Pequeño Comercio, S.A. (Impecsa) dedicada a proporcionar a las poblaciones venta de alimentos al mayoreo.

Para el año 2013, se constituye una nueva idea más para atender a la población. La llamada ‘Cruzada Contra el Hambre’, también nombrada en el Decreto presidencial como ‘Sin Hambre’. Donde está integrado a esta estrategia Diconsa a través de su ‘Programa de Abasto Rural’ (PAR).

Por otra parte, cabe hacer mención que:

Uno de los retos en el diseño y aplicación de políticas públicas de prevención de la obesidad ha sido la falta de armonización entre los intereses de la industria y los objetivos de la salud pública. Por ejemplo durante la consulta de Cofemer como parte del proceso de desarrollo del programa de acción en el contexto escolar (pace) y particularmente de los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica, la industria de alimentos se opuso de manera casi unánime a la aprobación de estas acciones (Hernández, 2012).

Esto, aunque “El Acuerdo Nacional Para la Salud Alimentaria es una de las acciones más importantes del gobierno federal que contempla y habilita el esfuerzo coordinado de la secretaria de estado y la colaboración de los diferentes sectores incluyendo la industria alimentaria” (Hernández et. al., 2012). Al respecto, y a pesar de que:

Desde 2004 México y otros miembros de las naciones unidas firman y acuerdan adoptar la Estrategia Global Sobre Régimen Alimentario Y Actividad Física de la Organización Mundial de la Salud, la cual identifica diversos factores determinantes de la obesidad y hace un llamado para que los gobiernos tomen acciones inmediatas y consideren esta enfermedad como un problema prioritario, no solo para la salud sino para el desarrollo de las naciones. Señala la importancia de disminuir el consumo de azúcares, grasas y sodio, reducir la densidad energética de la dieta (excluyendo bebidas) aumentar el consumo de frutas, vegetales y fibra, promover el consumo de agua simple y aumentar la actividad física [...] prácticamente todos los reportes técnicos de la OMS, la OPS, los institutos de medicina de los Estados Unidos y el Fondo Mundial para la investigación en cáncer (WCRF) identifica la necesidad de que los gobiernos trabajen sobre el entorno promotor de la obesidad (obesigénico), buscando hacerlo más propicio para la práctica de alimentación saludable y actividad física por parte de la población (Hernández et. al., 2012).

Y aunque en este contexto “igualmente el estado deba analizar los aspectos de regulación y su papel en la economía para corregir fallas del mercado que se manifiesten como externalidades negativas sobre la salud y que suscitan el desarrollo de la obesidad en la población” (Hernández et. al., 2012).

Esto no es más que un reflejo del marco jurídico de las políticas de combate a la obesidad en los últimos sexenios. Donde, por ejemplo: según Hernández et. al. (2012):

En primer término, llaman la atención que en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 no se mencione el tema de la obesidad, aun cuando en el país la obesidad era ya un problema emergente de salud [...] en segundo término, puede constatarse que durante el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000) tampoco se formula ninguna relación expresada a cerca de la obesidad [...] durante el gobierno de Vicente Fox Quesada el problema de la obesidad tiene un reconocimiento más claro que en sexenios anteriores: se alude esta enfermedad indirectamente en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 [...] a pesar de lo

anterior, durante ese sexenio no encontramos evidencia de las políticas públicas encaminadas al control de la obesidad (Hernández et. al. 2012).

No fue sino hasta que, “el 25 de enero de 2010 el presidente Felipe Calderón Hinojosa presentó el ANSA (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria) ante representantes del gobierno, de la iniciativa privada y de organizaciones civiles” (Hernández et. al., 2012) “Para apoyar la ejecución del ANSA el ejecutivo federal creó en febrero de 2010 el Consejo Nacional Para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (CONACRO), a fin de coordinar precisamente la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de mayor prevalencia en la población mexicana y sus factores de riesgo” (Hernández et. al., 2012).

Lamentablemente, “la política alimentaria aplicada en México ha tomado como referente el patrón alimentario de economías del hemisferio norte. Al finalizar este siglo contamos con un patrón de consumo regionalmente homogéneo” (Hernández et. al., 2012).

Solo al respecto del uso de transferencias (dinero) en los programas, respecto a si pueden o no lograr objetivos nutricionales es un tema que ha suscitado grandes debates a nivel mundial, la OMS rescata algunos resultados entre los cuales destaca que: trabajos en curso en Níger que comparan las transferencias de alimentos y de efectivo, muestran [...] que los hogares que reciben alimentos [en lugar de transferencias] tienden a tener dietas más diversas y estrategias de supervivencia menos perjudiciales” (FAO, FIDA y PMA 2012).

2.1.2 Las encuestas nacionales sobre alimentación y nutrición en México

“Se puede afirmar que la dieta ‘tradicional’ mexicana da lugar a una alimentación bastante equilibrada y útil para la nutrición humana ya que incorpora alimentos vegetales ricos en fibra y vitaminas [...] Este tipo de alimentación es una mezcla de los productos autóctonos, como el maíz, el frijol, los quelites, las frutas tropicales, etc., y productos del viejo continente (como huevo, leche y carne)” (INNSZ, 1991, pág. 3). Sin embargo, según el Dr. Adolfo Chávez V. (INNSZ, 1991) dice que:

Los cinco siglos de ‘choque’ cultural y económico entre europeos y americanos no han logrado [en 1991] amalgamar una sola sociedad con la tendencia a una dieta básica. La población rural y sobre todo la indígena están todavía en los extremos más bajos de los niveles alimentarios y nutricionales, aunque en los últimos treinta años se han comenzado a presentar diferencias importantes de región a región, con frecuencia relacionadas con el grado de marginación (INNSZ, 1991).

Es por ello, que la importancia de las encuestas nacionales en alimentación o nutrición aunque son en esencia para la ‘vigilancia epidemiológica’ se tornan “de utilidad para la toma de decisiones en materia de política social [pues] se reconoce a la situación nutricional como uno de los determinantes más importantes en el proceso de salud-enfermedad; su evaluación resulta ser uno de los aspectos necesarios a considerar en cualquier proyecto que pretenda analizar en forma integral la situación de la salud” (INNSZ, 1991) al revelarnos posibles cambios en la alimentación y nutrición poblacional. Antecedentes:

Los primeros estudios de evaluación de la situación nutrimental en México se dan “durante el periodo comprendido entre 1957 y 1989 en poblaciones, principalmente rurales, incluyendo tres encuestas nacionales [1974, 1979, 1989]” (INNSZ, 1991). Donde “una crisis económica está presente la mayor parte de este periodo y repercute de manera importante en el poder adquisitivo del ingreso familiar [...] [donde] para 1987, según datos del Consejo Consultivo de Pronasol, el 50.5% de la población vivía en la pobreza” (INNSZ, 1991).

En 1962, después de analizar los resultados de 32 encuestas detalladas llevadas a cabo en 17 regiones del país. La información mostró que todas las comunidades estudiadas eran pobres, comían de forma similar los alimentos tradicionales y los niños pasaban, alrededor del destete, por una época de carencias, que causaban en los sobrevivientes deficiencias en su desarrollo físico, mental y social” (INNSZ, 1991).

“Estudios realizados en 1968 arrojaron información que permitió identificar regiones con mayor prevalencia de desnutrición preescolar, como las localizadas en el sureste y sur de la República Mexicana, en las cuales entre el 90 y 80%, respectivamente, de los niños estudiados presentaron diversos grados de desnutrición” (INNSZ, 1991).

“En 1974, la División de Nutrición de Comunidad del Instituto Nacional de la Nutrición ‘Salvador Zubirán’ (INNSZ) realizó la primera Encuesta Nacional de Alimentación con el propósito de identificar las regiones más críticas en materia de alimentación y nutrición, y así establecer la política más adecuada. Los principales resultados que arrojó esta encuesta fueron: el 52% de los preescolares presentaban algún grado de desnutrición, medida a través de la circunferencia de brazo y talla. (INNSZ, 1991).

“En los estudios de 1979 se detectaron algunos cambios que no eran necesariamente favorables y que señalaban que la dieta del mexicano que vivía en el medio rural no iba por buen camino. Hacemos referencia a muchos productos industrializados que, a pesar de que en un momento ayudan a incrementar la disponibilidad y consumo energético, no corregían la desnutrición crónica” (INNSZ, 1991).

“En casi 20 años que transcurrieron entre 1960, cuando se hicieron las primeras encuestas y 1979, fecha de la segunda Encuesta Nacional de tipo transversal y cuantitativa, muchos cambios se dieron en el medio rural mexicano que se reflejaron rápidamente en la alimentación. Quizá la alimentación nacional cambio más rápido en estos 20 años que en los 460 previos” (INNSZ, 1991).

“A finales de los 80’s baja la desnutrición severa y aumentan las enfermedades relacionadas con el consumo excesivo de origen animal, grasas y azúcares” (INNSZ, 1991).

De los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de la Alimentación en el Medio Rural 1989 (ENAL, 1989) se puede observar que:

Los cereales y las leguminosas siguen siendo la base de la alimentación con 382g de consumo promedio, representando el 50% de los alimentos consumidos. Este grupo está integrado principalmente por el consumo de maíz y frijol. Sin embargo,

el consumo de pastas, arroz y productos de trigo también contribuyen de manera importante. En seguida se encuentra el consumo de alimentos de origen animal, con un consumo promedio de 188g que representan el 25% de la dieta y finalmente se tiene a los azúcares y a las grasas con 44g de consumo promedio, que corresponde al 6% de la dieta (INNSZ, 1991).

Respecto a la comparación del promedio de consumo de alimentos según los resultados de la ENAL 1979 con la ENAL 1989 resultó que:

Al comparar el consumo de cereales y leguminosas entre estos dos periodos, podemos observar que en términos absolutos la cantidad consumida en 1989 disminuyó 75g. Sin embargo, en términos relativos, es decir en cuanto al porcentaje con el que contribuyen a la dieta familiar este se mantuvo prácticamente igual (50%). El consumo de alimentos de origen animal aumentó en 1989 tanto en números absolutos (16g) como relativos 6%. Este mismo fenómeno se observa en el consumo de azúcares y grasas. Por el contrario el consumo de frutas y verduras disminuyó en 1989 (57g en números absolutos y 4% en relativos)” (INNSZ, 1991).

Sin embargo, una explicación a este fenómeno dice el INNSZ sería por el cambio en la estructura poblacional, ya que ésta fue distinta en las dos encuestas.

Respecto al porciento de adecuación entre el consumo y recomendación de calorías a nivel de las familias se observa que:

En ambos estudios ninguno alcanzó el 100% de las recomendaciones, aunque en la encuesta 1989, la situación aparentemente fue mejor (90.5%), ya que, los porcentajes son superiores a los de la encuesta anterior (83%). Si se comparan estos datos con los reportados con el consumo de alimentos, se observa que hay una discrepancia que ya mientras el consumo de alimentos en la encuesta de 1989 disminuyó, el porcentaje de adecuación calórica aumentó (INNSZ, 1991).

El ‘Sistema Nacional de Encuestas de Salud’ se creó en 1986, y ya se han realizado varias Encuestas nacionales dentro de ese periodo a la fecha donde entre otros se ha encontrado que:

El descenso de la desnutrición en menores de cinco años, observado a partir de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988, ha continuado durante el periodo 2006-2012, aunque a menor velocidad que en el periodo previo. Asimismo, la anemia disminuyó entre 2006 y 2012 en todos los grupos de edad. Finalmente, la velocidad en el crecimiento de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad que se había venido observando a partir de 1988 disminuyó notablemente entre 2006 y 2012 en adolescentes y adultos y se contuvo en niños en edad escolar, aunque los niveles actuales distan mucho de ser aceptables (Gutiérrez et al., 2012).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012:

“Cerca de 11 741 700 hogares en todo el país (39.9%) informaron recibir beneficios de uno o más programas (se incluyen programas de desarrollo social o de salud con componentes de nutrición o alimentación o con transferencias monetarias). De ellos, cerca de 8 202 300 hogares (alrededor de 28% del total de los hogares en México) son beneficiarios de un programa, 2 703 100 de dos programas (9.2%) y alrededor de 836 300 hogares (2.8%) de tres o más programas” (Gutiérrez et al., 2012).

“Al analizar la distribución de los beneficios de los programas entre zonas urbanas y rurales, 32.3% de los hogares en zonas urbanas cuentan con beneficios de algún programa de ayuda alimentaria, mientras que en la zona rural cerca de 68% de los hogares recibe ayuda de al menos un programa” (Gutiérrez et al., 2012, pág. 139). Siendo los programas con mayor cobertura, “el Programa Oportunidades que beneficia [...] a 18.8% de los hogares en el país, adultos mayores, 12.6%; desayunos escolares, 12.2% y Liconsa, con una cobertura nacional de 9.7% de los hogares” (Gutiérrez et al., 2012, pág. 140). “La proporción de hogares con percepción de seguridad alimentaria en el ámbito nacional fue de 30.0% mientras que 70.0% se clasificaron en alguna de las tres categorías de inseguridad alimentaria: 41.6% en inseguridad leve, 17.7% en inseguridad moderada y 10.5% en inseguridad severa” (Gutiérrez et al., 2012). Según la ENSANUT 2012 concluyó que:

“México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones” (Gutiérrez et al., 2012).

Si bien los programas de ayuda alimentaria en México han contribuido a reducir la desnutrición, deben reevaluarse a fin de comprobar su pertinencia y focalización con base en sus impactos vulnerabilidad social. Con el fin de dirigir los programas de ayuda alimentaria a la población con mayor vulnerabilidad social se sugiere evaluar la congruencia y la pertinencia de los programas con base en la población objetivo, tomando en consideración los problemas de mala nutrición (desnutrición, sobrepeso y obesidad), así como características culturales, locales y la conveniencia de su permanencia (Gutiérrez et al., 2012).

CAPÍTULO III. DICONSA EN LA CRUZADA CONTRA EL HAMBRE

“País pobre-pobre política”
Sergio Aguayo

3.1 La Cruzada contra el Hambre, Diconsa y el Programa de Apoyo Alimentario (PAR).

Para el cumplimiento de “los Objetivos del Milenio (ODM) para el año 2000, suscritos por representantes de 189 Estados en todo el mundo [incluido México]” (FAO, 2014), “en particular [para el cumplimiento de] la llamada meta 1C (reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre en cada uno de los Estados parte)” (FAO, 2014), es que se crean programas o políticas para abatir estos problemas humanos. Donde se toman también parafraseando a la FAO, por ejemplo de Latinoamérica, “experiencias de iniciativas como ‘Fome Zero’ de 2003, y el establecimiento de la ‘Iniciativa América Latina y Caribe sin Hambre’ del 2005” (FAO, 2014). Por lo que es así, que se llegan plantear estrategias como la Cruzada contra el Hambre en México, que pretenden abatir el hambre en las poblaciones.

La Cruzada contra el Hambre en México tiene por considerandos para su creación entre otros, que:

El Estado mexicano ha desplegado en años anteriores recursos cuantiosos para atender la problemática alimentaria del país y, a pesar de ello, ha persistido en México una alta incidencia de personas que experimentan situaciones de hambre, particularmente entre la población más pobre, lo cual tiene efectos negativos en el desarrollo físico y mental de las personas y limita notablemente la calidad de vida de las mismas, afectando en la práctica el acceso generalizado a los derechos sociales y a la justicia social;

Que el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del que nuestro país es parte desde 1995, establece que toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual;

Que de conformidad con el artículo 178 de la Ley de Desarrollo Rural Sustentable, el Estado debe establecer las medidas para procurar el abasto de alimentos y productos básicos y estratégicos a la población, promoviendo su acceso a los grupos sociales menos favorecidos y dando prioridad a la producción nacional, con objeto de contribuir a la seguridad alimentaria;

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4, el deber que tiene el Estado de implementar las medidas necesarias para garantizar el derecho de toda persona a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad;

Que con base en los estudios y diagnósticos elaborados por el CONEVAL, la población objetivo de los programas de desarrollo social para abatir y erradicar el hambre se conforma por aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza extrema y presentan carencias de acceso a la alimentación, cuya contabilización se encuentra en permanente actualización por parte de las instancias competentes;

Que uno de los objetivos fundamentales de cualquier gobierno es garantizar el acceso al derecho universal de la alimentación y, por ello, es preciso que los recursos del Estado lleguen de manera directa y sin condicionante alguna a la población que más los necesita y sean ejercidos con base en reglas de operación y transparencia que permitan su evaluación y la rendición de cuentas, y

Que en pleno siglo XXI, a pesar de haber logrado avances importantes en diversos ámbitos, resulta inaceptable que millones de personas padezcan hambre, por lo que es una prioridad de la política social del Gobierno de la República lograr que las familias mexicanas tengan un piso básico de bienestar (DOF, 2013).

En ejercicio de la facultad que le confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el Presidente, promulga el lunes 21 de enero de 2013 el Decreto por el que se establece “El Sistema Nacional para la Cruzada Contra El Hambre (SINHAMBRE)”. La cual se autodefine (en su Art. 1º) como “una estrategia de inclusión y bienestar social, que se implementará a partir de un proceso participativo de amplio alcance cuyo propósito es conjuntar esfuerzos y recursos de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como de los sectores público, social y privado y de organismos e instituciones internacionales, para el cumplimiento de los objetivos (contemplados en su Art. 2º):

- I. “Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación;
- II. Eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez;
- III. Aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas;
- IV. Minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante su almacenamiento, transporte, distribución y comercialización, y
- V. Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre” (DOF, 2013).

La Cruzada contra el Hambre, según el Artículo tercero del propio Decreto, refiere que la estrategia “se implementará en una primera etapa en cuatrocientos municipios [de los 2,456 municipios en todo el país] seleccionados con base en la incidencia de pobreza extrema, así como en el número de personas en esta condición y personas con carencia de acceso a la alimentación, sin perjuicio de que su implementación se extienda a otros municipios del país conforme lo determine la Comisión Intersecretarial que se crea por este Decreto” (DOF, 2013). “Para la instrumentación de la Cruzada contra el Hambre, con el objeto de coordinar, articular y complementar las acciones, programas y recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos previstos en el artículo 2º de este Decreto. Estará integrada por “todas las secretarías de gobierno y los titulares de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; el Instituto Nacional de las Mujeres, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia” (DOF, 2013).

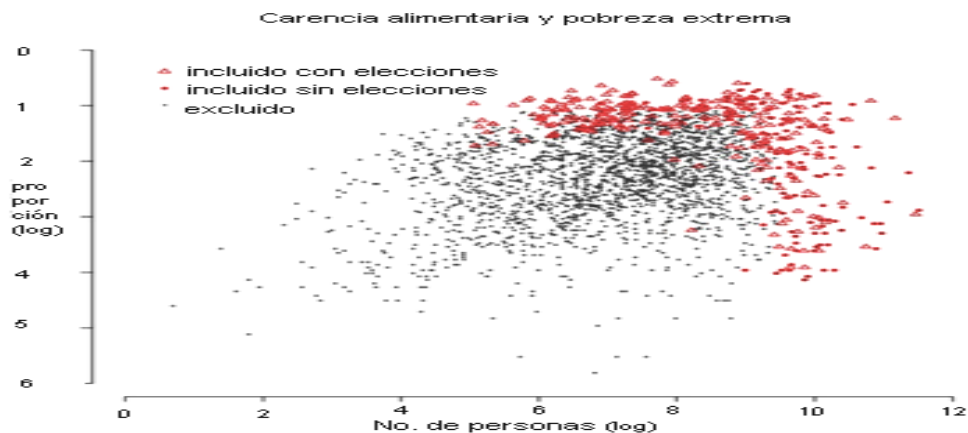
Para el cumplimiento de los objetivos, las dependencias y entidades pertenecientes a la Comisión Intersecretarial para la instrumentación de la Cruzada contra el Hambre, se coordinan, articulan y complementan acciones, programas y recursos necesarios.

La Cruzada contra el Hambre “está dirigida a atender a aquella población en pobreza extrema y que al mismo tiempo presenta carencia alimentaria. De acuerdo con datos del CONEVAL existen 28 millones de personas en condición de carencia alimentaria y 11.7 millones en condición de pobreza extrema. La intersección entre ambos grupos arroja que la población objetivo es de 7.4 millones de personas en todo el país” (SEDESOL, 2013). Donde “las causas o determinantes de la pobreza [según el CONEVAL] son la falta de empleos y salarios bajos, aumento en el precio de los alimentos, insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud y educación, insuficiente cobertura de seguridad social, baja productividad y competitividad, insuficiente inversión pública y privada, desigualdad de oportunidades” (CONEVAL, 2012 b). Al respecto, cabe hacer mención que la Cruzada contra el Hambre es una política que es definida en su creación como una estrategia de inclusión y bienestar social, aunque en su artículo séptimo, fracción II sobre las atribuciones de la Comisión Intersecretarial para la instrumentación de la Cruzada contra el Hambre mencione: “Ajustes en la focalización o cobertura de los programas” (DOF, 2013 a). Al respecto, la gráfica 8:

Muestra la pobreza extrema y carencia alimentaria para los 2456 municipios [del país] en cada una de las dos dimensiones que recomendó el CONEVAL: la proporción de habitantes [con las carencias mencionadas] (eje vertical) y la población en bruto que representa dicha proporción (eje horizontal). Los puntos grises de la gráfica corresponden a los municipios que no fueron incluidos en el programa, mientras que los puntos en rojo representan aquéllos que sí fueron incluidos. Los municipios en entidades con elecciones en 2013 incluidos en el programa están marcados con triángulos rojos” (Animalpolítico, 2013).

Lo que indica que no se incluyeron exactamente los 400 municipios más pobres y con carencia alimentaria sino los más poblados. Además en los que se aproximaban elecciones.

“Según el discurso oficial, el diseño de la ‘cruzada’ se basó en la experiencia brasileña del programa “Fome Zero” (Hambre Cero) que inició operaciones en 2003. El argumento de los servidores públicos es que este programa permitió la disminución de la pobreza en el país sudamericano de manera sostenida durante los últimos años”. Sin embargo, el análisis de Brasil “advierde que el programa funcionó gracias a los cambios realizados a su modelo económico” (Gamboa, 2013, pág. 24). En la gráfica 9, se observa cómo la pobreza en Brasil disminuyó a medida que fue aumentando el Producto Interno Bruto (PIB).



Gráfica 8. Carencia alimentaria y pobreza extrema. Fuente: Animalpolítico, 2013.



Gráfica 9. Pobreza y crecimiento económico en Brasil (1988-2009). Fuente: Azuara, 2013.

De acuerdo al Primer Informe de Gobierno 2012-2013 respecto a Diconsa en la Cruzada se tiene:

En el marco de la cruzada, el Programa de Abasto Rural (PAR) comprometió cinco acciones, con los siguientes avances al mes de junio de 2013: se realizaron acciones de fortalecimiento para mantener en operación las 7,428 tiendas con las que se inició esta estrategia; se pusieron en operación 383 nuevas tiendas en 160 de los 400 municipios de la fase inicial de la CNCH; se atendieron 1,573 localidades con tienda móvil; se incrementó de 25% a 27.6% el margen de ahorro ofrecido en los productos de la canasta básica y se brindaron 4,729 acciones de capacitación en aspectos nutricionales y de orientación al consumo (Gamboa, 2013).

SEDESOL a agosto de 2013 informa sobre avances en la cruzada; destacan respecto a Diconsa que:

- ✓ 250 mil familias recibirán la Tarjeta de Apoyo Alimentario SIN HAMBRE cuyo monto es de 638 pesos para comprar productos básicos en las tiendas Diconsa.
- ✓ Está programada la apertura de 806 nuevas tiendas DICONSA y se han habilitado 376 nuevas unidades móviles” (Gamboa, 2013).
- ✓ Se han signado alianzas estratégicas Público-Privadas a favor de la Cruzada Nacional contra el Hambre, con empresas y Cámaras Empresariales, Organizaciones de la Sociedad Civil y Fundaciones y Grupos Religiosos. Se han firmado 8 convenios, 29 están en revisión y 10 por considerarse” (Gamboa, 2013).

A un año de la aplicación de la estrategia Cruzada Contra el Hambre y de acuerdo a algunos de los objetivos como:

- ✓ Eliminar la desnutrición infantil y mejorar los indicadores de crecimiento de niños y niñas en la primera infancia y;
- ✓ Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuadas de los mexicanos en extrema pobreza y con carencia alimentaria severa.

También se publican ‘resultados’:

- 1.75 millones de beneficiarios de la Tarjeta SinHambre con la que se pueden adquirir 14 productos básicos a precios preferenciales en las tiendas Diconsa.
- La alimentación de 1 millón 80 mil 289 mexicanos ha mejorado con los productos que obtienen en las 754 nuevas tiendas Diconsa.

- Diconsa llega con sus tiendas móviles a 4 mil 100 comunidades del país y beneficia con ello a 5 millones 124 mil 193 personas” (SINHAMBRE, 2014 a).

Cabe destacar que la cruzada ha llegado a todo el país excepto la Ciudad de México. Porque “la Secretaria de Desarrollo Social (Sedesol) informó que mientras no se adopte un acuerdo conjunto con el jefe de Gobierno del Distrito Federal, Miguel Ángel Mancera y con los jefes delegacionales, no instrumentará la Cruzada Nacional Contra el Hambre en la Ciudad de México” (De Regil, 2014).

La Cruzada contra el hambre “funciona como la Norma Jurídica que regula los espacios para el proceso participativo de los tres órdenes de gobierno, las instituciones de educación superior, la sociedad civil organizada y los ciudadanos en general, a fin de controlar y combatir la incidencia de hambre en nuestro país” (SEDESOL, 2013). Donde “la SEDESOL es la dependencia federal responsable de formular, conducir y evaluar la política general de desarrollo social para el combate efectivo a la pobreza” (SEDESOL, 2013). Además, que de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo, el eje denominado ‘México incluyente’ busca garantizar los derechos sociales de la población.

En ese sentido, Diconsa se constituye como una instancia estratégica en la política alimentaria en México. Es así que el programa PAR de Diconsa dentro de la cruzada se ubica en: el eje rector 1 u objetivo de la cruzada I (cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación); en el objetivo general 6 (por acceso a la alimentación); en el objetivo específico 1 (mejorar el abasto y la disponibilidad de alimentos); colocándose el PAR en el 2º programa del listado del anterior objetivo específico. La anterior descripción se presenta de manera gráfica en el diagrama 2 ‘ubicación del PAR de Diconsa en el contexto de la cruzada’.

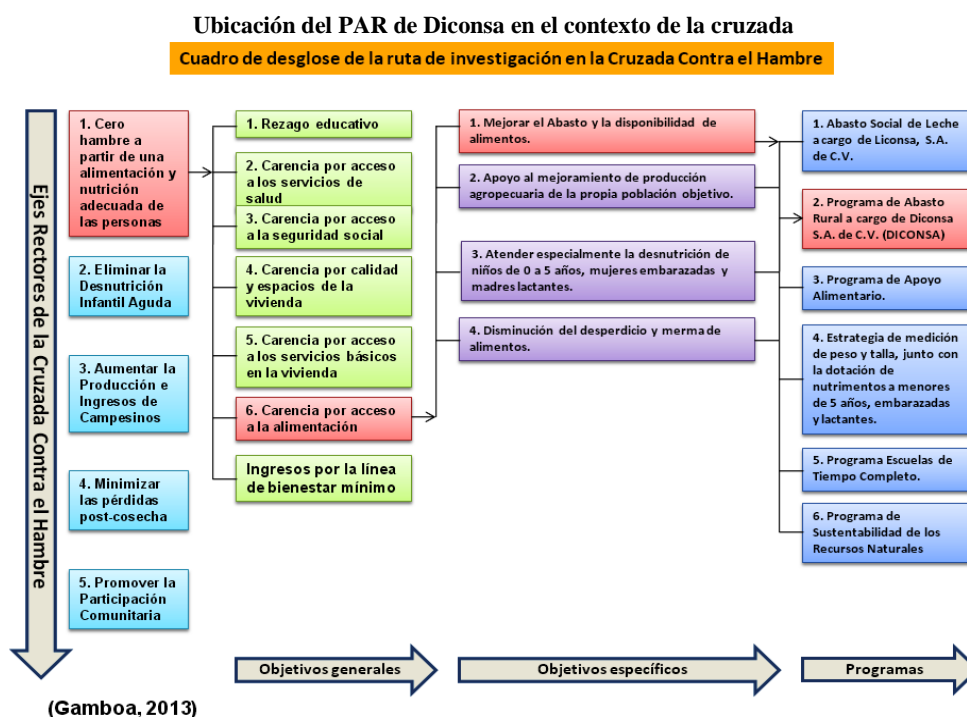


Diagrama 2. Ubicación del PAR de Diconsa en el contexto de la cruzada. Elaboración personal en base a información de SEDESOL según Gamboa 2013.

El primer antecedente del abasto institucional en México tuvo lugar con la creación del Comité Regulador del Mercado del Trigo, el 22 de junio de 1937 [...] El periodo comprendido entre el año 1938 y principios de la década de los años 70', se caracterizó por la transformación que sufrieron las instancias responsables del abasto institucional, siendo el antecedente más directo de Diconsa la Compañía Distribuidora de Subsistencias Populares (Codisupo), la cual en 1964 se transformó en la Compañía Distribuidora de Subsistencias Conasupo; creándose Diconsa en agosto de 1972 (DICONSA, 2014 d).

“Diconsa (Sistema de Distribuidoras Conasupo, S.A. de C.V.) es una empresa de participación estatal mayoritaria que pertenece al Sector Desarrollo Social. Tiene el propósito de contribuir a la superación de la pobreza alimentaria, mediante el abasto de productos básicos y complementarios a localidades rurales de alta y muy alta marginación, con base en la organización y la participación comunitaria” (DICONSA, 2014 b).

“Diconsa atiende a 25 mil 468 tiendas en todo el país y para cumplir con su objetivo cuenta con más de 300 almacenes rurales y centrales, 3 691 unidades asignadas a sucursales” (DICONSA, 2014c). Además de unidades móviles tipo tiendas.

Una de sus principales funciones es hacer negociaciones para la adquisición de los principales productos básicos que los mexicanos consumen en zonas rurales tales como maíz, frijol, arroz, azúcar, leche, café, harina de maíz, harina de trigo, sal de mesa, aceite, chocolate, chile, atún, sardina, galletas, pasta para sopa, abarrotes y mercancías en general. En corresponsabilidad con los habitantes de las localidades que tienen o quieren una Tienda Comunitaria Diconsa (DICONSA, 2014c).

El objetivo de Diconsa es “garantizar el abasto oportuno de productos básicos y complementarios, a precios accesibles, en localidades rurales de alta y muy alta marginación. Participando con transparencia y eficacia en su desarrollo de acuerdo a su cultura y entorno ecológico, bajo un esquema de corresponsabilidad entre proveedores, trabajadores, instancias de participación social y gobierno” (DICONSA, 2014c). Aunque según un estudio de meta evaluación 2007-2012 del programa “el PAR presenta problemas de cobertura y focalización de gran relevancia, pues al menos 46% de las tiendas Diconsa están en localidades no objetivo, y más de 22% de las objetivo no han sido atendidas, conforme a las definiciones y la cuantificación actuales” (Baca et al., 2012, pág. 2). La Misión de Diconsa es “contribuir a generar la seguridad alimentaria de México, garantizando el abasto social de productos para que el gobierno de la República cumpla con el derecho constitucional a la alimentación de sus habitantes” (DICONSA, 2014c). La Visión de Diconsa es “somos la red de abasto social más grande del país. Somos un grupo de mexicanos con espíritu de servicio, que trabajamos unidos para garantizar la distribución de alimentos con alto contenido nutricional y económicamente accesibles, para la población en condiciones de marginación” (DICONSA, 2014c). Aunque según Baca et al (2012) en el PAR:

Los subsidios en los precios de los alimentos tienen un efecto muy pequeño o nulo sobre la nutrición, que se manifiesta a través de la baja elasticidad-ingreso del estado nutricional, aún en las familias pobres. Esto es consistente con los hallazgos de otras evaluaciones de programas alimentarios y de transferencias en México y en el mundo (Baca et al., 2012).

“El actual Programa de Abasto Rural (PAR) de Diconsa, “nació originalmente como Programa Conasupo Coplamar, el cual se basó en un esquema de corresponsabilidad gobierno-comunidad, y se integró a Diconsa a partir del convenio que le dio origen, firmado por diversas instancias y el Ejecutivo Federal el 20 de noviembre de 1979” (DICONSA, 2014 d).

Los objetivos del Programa de Abasto Rural (PAR) de Diconsa son:

- “Mejorar la nutrición de los mexicanos que viven en comunidades rurales, para impulsar el desarrollo de sus familias.
- Llevar productos básicos y complementarios de calidad y bajo precio a las localidades que más los necesitan, de forma eficiente y oportuna” (DICONSA, 2014c).

Porque según SEDESOL (DOF, 2011) en su ‘Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2012’ “una manera de desarrollar las capacidades básicas de alimentación y nutrición es a través del abasto [...] [Donde] Esta situación afecta a 74 mil localidades del país con una población aproximada de 17 millones de personas [en 2011]. Los anteriores datos varían porque según SEDESOL “en 2010 representaron un total de 83,474 localidades en las que residían aproximadamente 18.4 millones de personas” (DOF, 2013). Y en el ‘Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2014’ dice que “en 2010 representaron un total de 84,722 localidades en las que residen aproximadamente 24.3 millones de personas” (DOF, 2013 c).

El programa tiene una cobertura nacional, según el ‘Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2013’, “atiende a la población de las localidades de alta y muy alta marginación de entre 200 y 2,500 habitantes que no cuenten con un servicio de abasto local suficiente y adecuado. Los beneficios del Programa se otorgan a población abierta, es decir la que se ubica en las localidades con tienda abastecida por DICONSA” (SEDESOL, 2013). Sin embargo según el ‘Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2014’:

Dado que la población que habita en localidades de alta y muy alta marginación padece de un acceso insuficiente a productos básicos y complementarios de calidad y su capacidad de adquirirlos es baja en función de su nivel de ingresos, el PAR ha establecido como su población a beneficiar al conjunto de localidades de 14,999 habitantes o menos, catalogadas como de alta o muy alta marginación, que en 2010 representaron un total de 84,722 localidades en las que residen aproximadamente 24.3 millones de personas (DOF, 2013 c).

El acceso a los apoyos del Programa de Abasto Rural a cargo de DICONSA, S.A. de C.V., es a través del funcionamiento de tiendas que son administradas por la comunidad y operadas por un encargado de Tienda que elige la comunidad representada por el Comité Rural de Abasto, para fines de la operación de las tiendas, lo cual no implica una relación laboral con DICONSA.

Por sus características, el Programa no cuenta con un Padrón de Beneficiarios, sino que el apoyo se otorga vía precios a población abierta y no como subsidio directo. El

monto del apoyo equivale al ahorro que el Programa transfiere al público que compra en las tiendas comunitarias y unidades móviles, resultante de la diferencia de precios de los productos de la canasta básica respecto a los precios de esos mismos productos en comercios privados. De acuerdo con las Reglas de Operación vigentes, durante 2013, el Programa buscará que dicho ahorro sea de por lo menos 15 por ciento en los productos de la Canasta Básica DICONSA (SEDESOL, 2013).

“En la operación del Programa, DICONSA hace uso de la red operativa instalada en los 31 estados del país, compuesta por 29 Almacenes Centrales, 269 Almacenes Rurales, un Almacén Granelero, cinco Almacenes para Programas Especiales y 3,748 vehículos en operación (2,096 de carga, 1,421 de supervisión y 231 de apoyo), que mediante una distribución estratégica abastecen a las tiendas comunitarias” (SEDESOL, 2013). “Al cierre del primer trimestre de 2013 existen 163 tiendas móviles en operación” (SEDESOL, 2013). La atención en la propuesta de DICONSA en las comunidades se realiza a través de sus tiendas con la venta de productos es con pago en efectivo o por tarjeta de ‘Sin Hambre’. En la figura 6 puede verse un ejemplo del interior de una tienda Diconsa, y en la figura 7 una tienda móvil Diconsa.



Figura 6. Tienda Fija DICONSA. Fuente: DICONSA, 2014 c. Figura 7. Tienda móvil DICONSA. Fuente: DICONSA, 2014 c.

Las gestiones realizadas con diversas dependencias y entidades públicas y privadas para brindar servicios adicionales al abasto en las tiendas comunitarias, han dado como resultado que DICONSA pueda proporcionar: telefonía, servicios financieros, entrega de apoyos de programas federales, internet, venta de tiempo aire, buzón de Sepomex, venta de leche LICONSA subsidiada y comercial, tortillería, molino, cobro de consumo de energía eléctrica, cobro de agua potable, cobro de recibos por consumo de telefonía, venta de alimentos enriquecidos, entre otros, por lo cual el porcentaje de tiendas que al cierre del primer trimestre de 2013 funcionan como Unidades de Servicio a la Comunidad asciende a 90.7 por ciento” (SEDESOL, 2013).

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) es quien evalúa este programa, sin embargo “el Programa Anual de Evaluación 2013 emitido por el CONEVAL, no contempla ninguna evaluación para el Programa durante 2013” (SEDESOL, 2013).

Referente a su situación presupuestal del PAR “el monto de recursos fiscales asignado en el Presupuesto de Egresos de la Federación al Programa de Abasto Rural a cargo de DICONSA para el año 2013 ascendió a 1, 858,860 mil pesos. El 100 por ciento de los mismos fueron etiquetados para

la adquisición de bienes para gasto corriente” (SEDESOL, 2013), donde los Capítulos y conceptos de gastos solo son capítulo 4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas y partida 43701 Subsidios al Consumo. Por lo que no significa que ese sea el gasto ejercido ya que simplemente “en 2008 su gasto ejercido ascendió a 2,309.28 millones de pesos y en 2011 a 2,586.96 millones de pesos” (Inventario CONEVAL y Cuenta de la Hacienda Pública Federal citado por CONEVAL, 2012 b).

3.2 Propuesta alimentaria del PAR

Actualmente, Diconsa ofrece a la población beneficiaria del PAR, una canasta básica compuesta por 17 productos de alta demanda [ver tabla 8] [Aunque en la Cruzada actualmente solo se pueden comprar catorce productos de esta lista (incluido el huevo y la avena que no pertenecen a la canasta) con su ‘tarjeta Sin Hambre’], [ver también figura 8] que prácticamente está constituida esta nueva lista en un 90% por productos de la lista de la canasta básica anterior. Además si la población lo desea con dinero en efectivo, pueden adquirir más productos de aseo e higiene y productos comestibles. Entre estos últimos productos se encuentran las leguminosas (frijol), cereales (maíz y arroz), azúcar, manteca vegetal, café soluble, chocolate en polvo, aceite vegetal comestible, harina de maíz, harina de trigo, leche en polvo, pasta para sopa, sardina, galletas de animalitos, chiles jalapeños en vinagre, atún enlatado y sal de mesa (INNSZ, 2010 b).

Canastas alimenticias Diconsa

Productos comestibles que componen la Canasta Básica oficial DICONSA	Productos básicos que se pueden adquirir con la tarjeta SINHAMBRE
Aceite vegetal	Aceite
Arroz	Arroz
Atún	Atún
Café soluble	Café
Chiles jalapeños	Chiles
Chocolate en polvo	Chocolate
Frijol	Frijol
Harina de maíz	Harina de maíz
Harina de trigo	Harina de trigo
Leche en polvo	Leche en polvo
Maíz	Maíz
Sardina	Sardina
—	Avena
—	Huevo
Azúcar estándar	—
Galletas marías y de animalitos	—
Manteca vegetal	—
Pasta para sopa	—
Sal de mesa	—

Tabla 8. Productos comestibles que componen la Canasta Básica oficial Diconsa y; Productos básicos que se pueden adquirir con la tarjeta SINHAMBRE Fuente: Diconsa, S.A. de C.V. Y SINHAMBRE, 2014 b.

“El Programa abastece de productos alimentarios como granos, harinas, pastas para sopas, café, azúcar, avena, leche en polvo y alimentos enlatados, entre muchos otros; [además] productos para la higiene y salud incluyendo, entre otros, jabones, detergentes, cremas dentales y papel higiénico; y productos complementarios” (SEDESOL, 2013).

Productos que se pueden comprar con tarjeta SINHAMBRE

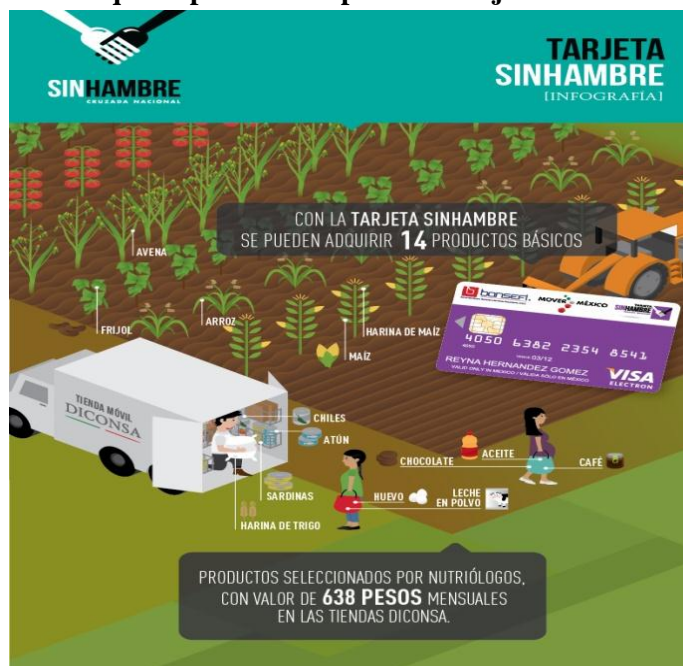


Figura 8. Productos que se pueden comprar con tarjeta SINHAMBRE. Fuente: SINHAMBRE, 2014 b.

La lista oficial para la Alimentación y Nutrición (Diconsa) se presenta a continuación:

:

“Aceite vegetal comestible, aceitunas, aderezos, adobos, agua purificada, alimentos infantiles colados y picados, alubia, arroz a granel, arroz envasado, atoles, atún enlatado, avena, azúcar estándar, azúcar refinada, bebidas de fruta, botanas y frituras, café soluble, café tostado y molido, cajeta, carnes envasadas, cereales en barra y palanquetas, cereales en hojuelas, cereales para bebe, chícharo envasado, chícharo con zanahoria envasado, chiles chipotles, chiles jalapeños en rajas, chiles jalapeños enteros, chiles secos, chiles serranos, chilorio, chocolate de mesa, chocolate en polvo, chocolate golosina, concentrado líquido p/bebidas, condimentos, consomé en cubos, consomé en polvo, crema de leche, diversas comidas preparadas, dulces y caramelos, elotes en grano envasado, especias enteras, especias molidas, extractos, flanes en polvo, frijol a granel, frijol envasado, frijoles enlatados, frutas envasadas, frutas deshidratadas, galletas básicas, galletas diversas, garbanzo, gelatinas en polvo, granola, haba pelada, harina de arroz, harina de maíz, harina de trigo, harina para hot cakes, harina para pastel, jamones envasados, jugos, jugos para bebe, leche condensada o evaporada, leche en polvo, leche líquida, leche maternizada, leche saborizada, lentejas, maíz blanco, maíz cacahuazintle, maíz no blanco, maíz palomero, manteca de cerdo, manteca vegetal, mayonesas mermeladas, mieles y jarabes, moles, mostaza, néctares, pan de caja, papillas, pastas para sopa, piloncillo, polvo para hornear, puré de tomate, refrescos embotellados, refrescos en polvo, sal en grano, sal molida y refinada, salchichas envasadas, salsa catsup, salsa picante, salsas caseras, sardina enlatada, sopas instantáneas, soya texturizada, suplementos alimenticios, té, vegetales envasados, vinagre” Fuente: (DICONSA, 2013). “Estos productos básicos están contenidos en la denominada ‘canasta básica Diconsa’, que se ofrece a la población por medio de la red de tiendas comunitarias Diconsa en todos los estados de la República Mexicana,

especialmente en los grupos de población que habitan en localidades aisladas y marginadas” (INNSZ, 2010 b, pág. 9). Ejemplos de algunas marcas comerciales como Dolca, Maseca. La fina, Gamesa, etc., son las que se ofrecen en las tiendas Diconsa se pueden ver en la figura 9 que corresponde a un formato para la verificación de Abasto en tiendas Diconsa publicado como parte de los procedimientos para cumplir con las reglas de operación de las tiendas Diconsa. Al respecto, algunos productos más que se venden son prácticamente los mismos que en la mayoría de las tiendas tradicionales.

ANEXO 7

Formato para la verificación de Abasto Local Suficiente y Adecuado en el área de influencia de la tienda

No.	PRODUCTO	DISPONIBLE EN:	PREGUNTAR POR ²⁾			Si no hay el producto anterior, preguntar por MARCA MAS VENDIDA ³⁾		
			PRESENTACION	MARCA	PRECIO	PRESENTACION	MARCA	PRECIO
1	MAIZ		1 kg.	Envasado				
2	FRIJOL		1 kg.	Envasado				
3	ARROZ		1 kg.	Envasado				
4	AZUCAR ESTANDAR		1 kg.	Envasado				
5	HARINA DE MAIZ		1 kg.	MASECA				
6	ACEITE VEGETAL COMESTIBLE		1 Litro	Paltrona/ Krisal				
7	ATUN EN ACEITE		140 gr.	El Dorado				
8	SARDINA		425 gr.	Guaymex				
9	LECHE EN POLVO		240 gr.	Nido en bolsa				
10	CHILES ENLATADOS		220 gr. enteros	La Costeña				
11	CAFE SOLUBLE		100gr.	Dolca				
12	SAL DE MESA		1 kg. bolsa	La Fina				
13	AVENA NATURAL		400 gr. bolsa	Gravita				
14	PASTA PARA SOPA		200gr.	La Moderna				
15	HARINA DE TRIGO		1 kg.	San Blas				
16	CHOCOLATE EN POLVO		400 gr.	Choco Choco				
17	GALLETAS MARIAS Y DE ANIMALITOS		1 kg.	Gamesa				
18	JABON DE LAVANDERIA		350 gr.	1-2-3				
19	JABON DE TOCADOR		150 gr.	Camay				
20	PAPEL HIGIENICO		4 rollos 250 hojas dobles	Pétalo				
21	DETERGENTE EN POLVO		1 kg.	Foca				
22	CREMA DENTAL		100 ml.	Crest				

Figura 9. Formato de verificación de abasto. Fuente: DOF, 2013.

Para el primer trimestre de 2013 “el 56.2 por ciento de las compras de abarrotes comestibles del Programa de Abasto Rural que se abastecieron en las tiendas DICONSA correspondieron a alimentos enriquecidos con vitaminas y/o minerales y/o proteínas” (SEDESOL, 2013).

“Los productos que oferte la Tienda deberán garantizar la variedad y presentaciones pertinentes a las necesidades de los consumidores y corresponder a las situaciones cambiantes de la demanda por razón de preferencias o estacionalidad” (DICONSA, 2013). De hecho, “si existe interés de vender en la Tienda con Capital Comunitario productos distintos a los incluidos en el ‘Catálogo de productos para la alimentación y nutrición’ y la ‘Canasta básica Diconsa’ [anexos 2 y 3 de las reglas de operación] de estas Reglas, el Presidente del Comité de Abasto de la Tienda, solicitará la autorización para su venta mediante escrito libre dirigido al Titular de la Sucursal de Diconsa que le corresponda, y sustentado por acuerdo en Asamblea Comunitaria. Donde:

- u) El Titular de la Sucursal de Diconsa, una vez recibida la solicitud para vender productos distintos a los incluidos en los anexos 2 y 3 de estas Reglas, deberá revisar que contenga toda la información y en caso de que esté incompleta, informará al Presidente del Comité de Abasto de los datos faltantes en un plazo máximo de 10 días hábiles a partir de su recepción. A partir de dicha notificación el Presidente del Comité tendrá 10 días hábiles para llenar la información faltante y remitirla nuevamente a la Sucursal. v) La aprobación para que la Tienda pueda vender productos distintos a los incluidos en los anexos 2 y 3 de estas Reglas, la dará el Titular de la Sucursal, siempre y cuando sea con Capital Comunitario y la comercialización se realice preferentemente a través de las empresas de los Consejos Comunitarios de Abasto. w) El Titular de la Sucursal de

Diconsa, dará respuesta por escrito de aceptación o rechazo de la solicitud, al Presidente del Comité de Abasto en un plazo no mayor de 45 días naturales, a partir de que se haya entregado la información completa. x) En caso de que la comunidad pretenda que Diconsa le surta productos distintos a los incluidos en los anexos 2 y 3 de estas Reglas, el Presidente del Comité de Abasto o el Encargado de la Tienda, lo solicitará mediante escrito libre dirigido al Titular de la Sucursal de Diconsa, especificando los productos, presentaciones y marcas, para que éste lo tramite en Oficinas Centrales y dé respuesta de aceptación o rechazo, por escrito, en un plazo no mayor a 45 días naturales. Aunque cabe señalar que en estas tiendas aún con esto “no hay frutas y verduras frescas, sólo envasados” (Enciso L., 2013). Donde debería recordarse que la comida mexicana ha sido reconocida por la UNESCO como patrimonio inmaterial de la humanidad donde parafraseando, se debe estar pendiente entre otros (el organismo de la ONU) de su preservación y que no deben faltar los elementos tradicionales de la cocina mexicana (La Jornada, 2010).

En el sentido de operación de las tiendas Abelardo Ávila Curiel, et al. (2011), identificaron que: en el “abasto rural de Diconsa hay subsidio indirecto, es decir, el subsidio es a los productos, no a la población con mayores necesidades; que 50.5 por ciento de las tiendas están en localidades no enfocadas al objetivo” (Ávila et al., 2011), “significa que alrededor de mil millones de pesos están fuera del objetivo de Diconsa, al menos en el año 2010” (Ávila et al., 2011).

3.3 Resultados de algunas evaluaciones a la propuesta alimentaria de Diconsa

Para el caso del análisis de la Propuesta alimentaria de la “Cruzada Contra el Hambre” no se han realizado estudios expresamente para ello, sin embargo, ya existían estudios al respecto de algunos de los productos de las tiendas DICONSA entre otros por parte del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), mismo que presentó un informe. Que fue “el resultado del análisis de los productos comestibles que están en la canasta básica Diconsa, que actualmente [desde 2010] se está ofreciendo en su red de tiendas comunitarias, así como del análisis y comparación nutrimental de otros productos comestibles que son parte del catálogo adicional de productos de Diconsa. (INNSZ, 2010 b).

Cabe señalar que el análisis nutricional reportó que la canasta contiene 890 gramos de proteína, tanto de origen animal como vegetal, siendo esta última la que aporta la mayor cantidad de proteína (691 gramos). Respecto a los hidratos de carbono (principal fuente de energía), la canasta acumula 5,811 gramos que se encuentran principalmente en el azúcar, arroz, maíz, harinas, galletas y pasta para sopa. Con relación a las grasas totales, se encontró un total de 2,391 gramos, de los cuales la principal fuente es el aceite vegetal comestible y la manteca vegetal (INNSZ, 2010 b). Para el caso particular de los productos que componen la canasta básica Diconsa actual, se reportaron en su conjunto 47,709 kilocalorías (Kcal) de energía. Cabe señalar que en la canasta hay alimentos que solo aportan energía, a partir de lípidos como la manteca vegetal o el aceite vegetal comestible. Este tipo de alimentos no contienen proteína e hidratos de carbono, que también son fuente de energía indispensable para desarrollar diferentes funciones del organismo humano (INNSZ, 2010 b). En términos de los micronutrientes, el análisis reportó un contenido de 287 mg de hierro siendo las principales fuentes el frijol, las harinas y la pasta para sopa. De retinol (vitamina A) se encontraron 1,083 microgramos (µg), contenidos principalmente en la leche en polvo. En relación al ácido fólico, se reportan 4,451 µg que en su mayoría los aporta el frijol. Los resultados

detallados sobre el contenido de otras vitaminas y minerales se encuentran en [el anexo 8] (INNSZ, 2010 b).

“De los 17 productos comestibles que componen la canasta básica Diconsa actual, los que aportan mayor cantidad de hidratos de carbono son el azúcar con 991 gramos lo que representa el 17.1% de los carbohidratos totales de la canasta, arroz con 778 gramos que significan el 13.6% de los carbohidratos totales y harina de maíz con 769 gramos que genera el 13.2%,” (INNSZ, 2010 b, pág. 20). “Los productos que proporcionan la mayor cantidad de proteína son el frijol con 192 gramos, lo que representa el 21.6% de la aportación total de proteínas de la canasta básica, la harina de trigo con 133 gramos que significa 14.9% de la proteína total, así como las galletas que aportan 95 gramos que representa 10.7% del total de proteínas” (INNSZ, 2010 b). “Los productos comestibles que se encuentran en el rubro de mayor aportación de lípidos están el aceite vegetal comestible y la manteca vegetal ya que el gramaje total de estos productos (1,000 g) son lípidos, lo que representa 41.8% del total de grasas de la canasta básica Diconsa actual” (INNSZ, 2010 b).

Al respecto el INNSZ “sugiere promover, dado su aporte nutricional, los siguientes alimentos que ofrece Diconsa: lenteja, productos a base de amaranto y polvo para preparar gelatina. (INNSZ, 2010 b). “Se recomienda ampliamente la sustitución en la canasta básica Diconsa actual de la manteca vegetal por la avena” (INNSZ, 2010 b). Cabe destacar que la despensa contiene harina de maíz elaborada especialmente para DICONSA y “que la harina está cubriendo los objetivos con la que se había planteado inicialmente; como un apoyo nutricional por medio de un alimento básico (harina) para la población de zonas rurales, que es donde finalmente manifiestan mayores carencias nutricionales y donde más se requiere tener un alimento con alto valor nutritivo” (INNSZ, 2010 b). Además de una pasta para sopa también elaborada para DICONSA de la cual “se puede decir que el proveedor de la pasta para sopa “Mi sopa” en sus cinco diferentes presentaciones de pasta, está aportando valores deseados de acuerdo a la fórmula original y al igual que la harina de maíz, la pasta enriquecida está cubriendo valores deseados de enriquecimiento” (INNSZ, 2010 b). En el mismo tenor, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, también realizó un estudio y un análisis químico de marcas comerciales de sopas de pasta instantánea, que se venden en las ‘tiendas DICONSA’, parte de este se presenta:

La sopa instantánea, se puso al alcance del consumidor mexicano en 1988 y su consumo estaba referido a ser una ‘botana ocasional’; sin embargo, el fenómeno de las ‘sopas instantáneas’ ha tenido un fuerte impacto en el hábito alimenticio del mexicano al punto de ir paulatinamente sustituyendo una tradición centenaria de consumo de frijol, tortilla y sopa de fideo con pollo. Este fenómeno se explica por el bajo costo del producto, la ‘comodidad’ en su preparación al momento de consumirse (instant lunch), pero sobre todo; por la facilidad de acceso por parte del consumidor al producto. Al respecto, algunas estadísticas informan que en una década el consumo per cápita de frijol bajó un 50%, al mismo tiempo que la marca más comercial de sopas instantáneas aumento sus ventas en un 600% según Orozco Medina, 2009: 52 (INNSZ, 2010 a).

Asimismo, mientras el consumo de tortilla registró una reducción cercana a 20% en los últimos diez años debido a que su precio casi se duplicó, las sopas instantáneas han ganado participación en el mercado, desplazando a los productos tradicionales. En este sentido, las “sopas instantáneas” se han convertido en uno de los principales productos agroalimentarios que importa México, quien actualmente ocupa el primer lugar mundial en el consumo de dicho producto, ello a pesar de ser considerado de

bajo o nulo valor alimenticio y que contribuye a aumentar los índices de obesidad” (INNSZ, 2010 a).

Al respecto, los datos son contundentes. En 1988 los mexicanos consumían 73 mil 920 sopas a la semana procedentes de EU, pero en 2004 la cifra subió a 134.6 millones de sopas a la semana, lo cual equivale aproximadamente a 640 millones de dólares anuales y a un ritmo de crecimiento anual de 30%. En 2008, México consumió el 97% de la venta total de sopas instantáneas en Latinoamérica, 17% más que en 2006. En este contexto, las “sopas instantáneas” ocupan un lugar preponderante; ya que actualmente se consumen más de 4.5 millones de unidades al día, lo que al año da un total de más de 1,600 millones de vasos al año (15% del consumo mundial); de hecho, del total de sopas y caldos que exporta EU, México compra 67%. La marca Maruchan ocupa el 86% del mercado mexicano de sopas instantáneas, el resto lo comparten Knorr, La Moderna, Nissin y otras marcas libres según Flores, 2005” (INNSZ, 2010 a). Pese a la gran aceptación que tienen, las ‘sopas instantáneas’ son altamente criticadas por los especialistas al considerarse poco sanas, pues aun cuando contienen compuestos que de alguna manera nutren (carbohidratos, proteínas y grasas) [ver anexo 9] aportan calorías con un bajo nivel de nutrientes, así como gran cantidad de carbohidratos simples, grasas saturadas, sodio y/o aditivos, es decir, compuestos que les restan valor dentro de la alimentación saludable y balanceada y, que son responsables en gran medida del sobrepeso y enfermedades como la hipertensión y diabetes. Un vaso de ‘sopa instantánea’ aporta en promedio 290 calorías, 6 gramos de proteínas, 12 gramos de grasa, 38 gramos de hidratos de carbono y 1.2 gramos de sodio. En este sentido, la recomendación de consumo de sodio diario está entre 2-4 gramos, por lo que este producto se acerca por unidad al ciento por ciento de la parte baja de la recomendación (INNSZ, 2010 a).

Cabe hacer mención que “la ración de proteínas recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) para el adulto sano es de 0,8 g/Kg de peso/día. Estas proteínas deben ser de buena calidad, al menos un 40% de ellas, y aportar entre un 12-15% del valor calórico total de la dieta que se ingiere” (INNSZ, 2010 a).

“En concordancia con la tendencia nacional Diconsa ha experimentado una creciente demanda de ‘sopas instantáneas’. En este sentido, según datos de Diconsa, al mes de noviembre de 2010 se han vendido 13.5 millones de ‘sopas instantáneas’ en todo el país a través de su red de tiendas comunitarias, cifra superior a las más de 9.5 millones de unidades comercializadas durante el 2009” (INNSZ, 2010 a). Donde se ha identificado en términos de la aportación nutrimental, mejores condiciones de preparación, empaque, composición química, olor, sabor, textura, presentación y precio de venta que existen actualmente en el mercado nacional a la marca Maruchan” (INNSZ, 2010 a). Esto último claramente alude a lo que en Blanco (2011) se refieren a que “la política social [actualmente] asume un papel subordinado de instrumento económico, de administración de la pobreza, o ambas, y las políticas de salud –con el argumento de hacer más eficiente al sector– se bifurcan en dos estrategias polares pero complementarias: la mercantilización/privatización de lo público y la neobeneficencia sanitaria, que subordina lo público y reduce el quehacer estatal a la realización focalizada de intervenciones costo-efectivas.”

En el periodo enero-marzo de 2013 la venta de harina de maíz de las diferentes marcas ofrecidas en las tiendas DICONSA fue de 16,750 toneladas; de las cuales,

la participación de la harina marca propia Mi Masa fue de 7,666 toneladas, lo que representó el 45.8 por ciento de dichas ventas. Asimismo, desde abril de 2009 a la fecha se comercializa en las tiendas comunitarias la pasta para sopa fortificada de marca propia Mi Sopa, también formulada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Este producto está enriquecido con ácido fólico, vitaminas, minerales como zinc, hierro y proteína de soya. Su participación en las ventas a marzo de 2013 fue de 4.0 por ciento, es decir 41 toneladas de las 1,020 toneladas vendidas de pasta para sopa. En lo referente al chocolate en polvo marca propia, las ventas a marzo de 2013 representaron el 31.4 por ciento con respecto a las ventas totales, es decir, 58 toneladas de las 185 toneladas vendidas de este producto por DICONSA (SEDESOL, 2023).

A partir de la revisión de un total de 192 productos diferentes vendidos en las tiendas Diconsa de 2007 a 2010, se obtuvieron los siguientes resultados:

El producto con mayores ventas es el maíz blanco, que representa 26 por ciento del monto total de las ventas en el periodo, seguido por azúcar, aceite, detergente en polvo y galletas, con más de mil millones de pesos de venta cada uno. Al integrar las galletas diversas con las galletas básicas, se obtiene que éstas alcanzan el tercer lugar de ventas con 1.53 mil millones de pesos, sólo por debajo del maíz blanco y el azúcar. Por otra parte, se agruparon las bebidas endulzadas (refrescos, jugos y bebidas envasadas), que en total suman ventas por más de 222 millones de pesos de 2007 a 2010, con un promedio de venta anual de más de 55 millones de pesos (Ávila et al., 2011). Un punto preocupante en el monto de ventas de productos de las tiendas Diconsa es la venta de cigarros, que ocupa el lugar número de 18 con un promedio de venta [...] que supera los 263 millones de pesos. La información analizada muestra que la infraestructura para la distribución de alimentos básicos y complementarios a las comunidades rurales está siendo utilizada también para la distribución de productos definidos como nocivos para la salud, como son los cigarros, y mercancías cuyo consumo no se debe promover, como es el caso de las bebidas endulzadas (Ávila et al., 2011).

En la siguiente tabla 9, se muestran los montos de los 20 productos más vendidos en las tiendas Diconsa 2007-2010. Donde falta anexar las bebidas endulzantes y refrescos como se mencionó con ventas por más de 222 millones de pesos.

Cuadro . Monto de los 20 productos más vendidos en las tiendas Diconsa en miles de pesos, 2007-2010

Producto	Ventas 2007	Ventas 2008	Ventas 2009	Ventas 2010	Total 2007-10
Maíz blanco	1'153 226	1'482 155	2'057 548	1'510 994	6'203 923
Azúcar estándar	244 215	278 322	553 418	483 870	1 559 827
Harina de maíz	415 691	415 049	337 914	178 945	1 347 599
Aceite vegetal comestible	166 988	444 881	376 722	275 913	1 264 503
Detergente en polvo	195 289	297 722	409 273	294 595	1 196 879
Galletas diversas	205 805	303 654	333 711	259 311	1 102 481
Harina de maíz Mi Masa	9 021	176 685	360 884	390 975	937 565
Café soluble	112 125	178 506	220 377	169 513	680 521
Harina de trigo	112 031	222 023	195 397	139 760	669 210
Leche en polvo	155 624	149 242	157 230	129 908	592 004
Frijol a granel	59 224	111 702	174 676	96 353	441 955
Galletas básicas	68 874	121 074	137 574	109 352	436 874
Papel higiénico	72 372	107 805	133 707	105 808	419 693
Jabón de lavandería	64 913	110 146	137 459	100 641	413 159
Arroz envasado	37 786	98 382	148 598	99 515	384 281
Frijol envasado	30 455	83 174	145 668	98 294	357 591
Leche evaporada y concentrada	61 741	88 784	95 920	76 829	323 273
Cigarros	56 969	72 060	75 931	58 063	263 022
Fertilizantes	3 223	69 223	108 027	73 887	254 361
Atún enlatado	37 125	50 657	61 902	47 472	197 155

Fuente: Información de Diconsa obtenida a través del IFAI en 2011.

Tabla 9. Monto de los 20 productos más vendidos en las tiendas Diconsa en [millones] de pesos, 2007-2010. Fuente: IFAI 2011 citado por Ávila et al., 2011.

DISCUSION

Sobre la “Exploración de la propuesta alimentaria de Diconsa en el contexto de la ‘Cruzada Contra el Hambre’ en México 2013-2014 y de la obesidad como principal problemática de Salud Pública en México”

Preámbulo: para ir develando el objeto de estudio y así ir presentando elementos para discernir la hipótesis, se irán abordando y discutiendo temáticas conducentes; es pertinente aclarar que por la complejidad del tema central que es la alimentación humana que implica no sólo la indagación a temas de estudio de las Ciencias Biológicas sino además el abordaje de las Ciencias Sociales para revelarlo, evidentemente pareciera contradictorio bajo la mirada de esta última utilizar elementos mecanicistas como figuras y diagramas de flujo para complementar la discusión, sin embargo, es solo un recurso que se ha considerado utilizar al final; no para reducirla, porque se advierte que se está hablando de todo un proceso sino como propuesta para facilitar la comprensión de los diversos campos que para tal propósito se han de transitar.

Así, si la **Hipótesis** es:

En México, no existe una consideración integral entre una política social y la política de salud.

Entonces, esto presupone basados en la definición de integración, que la Política Social no se amolda con la Salud porque no hay una composición adecuada de esta política tal que le permita ajustarse criterios que la salud comprende. Por lo que, se tienen que aclarar de la exploración a la propuesta alimentaria de Diconsa que, en el contexto de la “Cruzada Contra el Hambre” se está erigiendo una Política Social que no se integra con las necesidades y problemáticas de la Salud específicamente con la de la obesidad y sus co-morbilidades. Por lo que se abordarán entonces las siguientes temáticas de discusión para tratar de demostrarlo. Discusión sobre:

- I. La relación de la Política Social y la Salud.
- II. La decisión política de la Cruzada contra el Hambre en torno a la prioridad Pública.
- III. La cruzada entre el privilegio de unos cuantos y abandono de la salud de poblaciones.
- IV. Diconsa como instrumento político para ampliar el mercado y reproducir sobre las estructuras económicas estructuras culturales de alimentación obesogénica.
- V. El derecho humano a la vida y a la salud, olvidados en la política social mexicana en pro del ‘cumplimiento’ al derecho humano a la alimentación.

I. La relación de la Política Social y la Salud

Nota: para comenzar a demostrar la no integración entre las políticas sociales y de salud en la práctica actual de la política mexicana, se tiene que demostrar primeramente que existe alguna relación o que debe haber alguna. Por lo que se exponen tres argumentos indefectibles de tal relación.

- 1) Relación Institucional

La política social es el tipo de políticas que atiende en México la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). La Secretaría de Salud (SSA) “le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente” (PSS, 2013). Además, según “el artículo 7o de la Ley General de Salud establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud” (PSS, 2013). Donde la Ley General de Salud (LGS) en su artículo 5º establece que “el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud [...] y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud” (LGS, 2013). Es decir, SEDESOL queda excluida totalmente del sistema; sin embargo, la misma Ley establece en su Artículo 114.- Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal. Y En su artículo 2º, Fracción I. que “una de las finalidades del derecho a la protección de la salud es proteger el bienestar físico y mental de la persona; y según la fracción II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana” (LGS, 2013). En ese sentido, se establece la existencia de una relación jurídica entre ambas instituciones; pues la Secretaría de Salud está obligada a que se dé cumplimiento al derecho a la protección de la salud (proteger el bienestar físico y mental de la persona) aún dentro de la política social máxime en los programas de alimentación del gobierno Federal.

2) Relación Teórica

Si, por un lado, “la política social consiste en el conjunto [...] de principios y acciones gestionadas por el Estado, que determinan la distribución y el control social del bienestar de una población por vía política” (Blanco et. al., 2011). Donde además, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), “la política social tradicionalmente se conforma de programas y estrategias dirigidos a mejorar la educación, la vivienda, la salud, la seguridad social, el medio ambiente, las condiciones sanitarias, disminuir la discriminación o [...] pobreza” (CONEVAL, 2012 b). Y, por otro lado, si la Organización Mundial de la Salud (OMS), instancia a la que pertenece México, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013 f). Es innegable su relación; pues ambas, tanto la salud como la política social, refieren conceptualmente su intervención hacia el bienestar; de hecho, el criterio que posee explícitamente la definición de salud salva simplemente el bienestar del estado social de la población y del estado físico de la misma y; el criterio explícito de la política social el de mejorar condiciones de las poblaciones, inclusive dentro de su propio sentido de acción propuesto está el mejorar la salud.

3) Relación Histórica

Si para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social “es innegable que también lo que sucede con el crecimiento económico, con el mercado laboral, con la inflación, especialmente cuando ésta se refiere a los alimentos, forma parte en un sentido amplio de la política social de cualquier país (CONEVAL, 2012 b), entonces la política social ha sido determinante en la mayoría de los procesos por los que ha transitado y transita históricamente la población, además

por lo que menciona también, “es difícil entender la situación del desarrollo social sin entender cuál es la evolución de las condiciones económicas de un país” (CONEVAL, 2012 b). En este sentido se presupone una relación histórica constante entre la salud y la política social; a lo cual estrictamente podría decirse, entre la política y la generación histórica del estado de la Salud Pública de la población.

Para demostrar esta tercer relación, primero en un inciso ‘a’ se expondrá información que revele el estado actual en el que se encuentra la población del país, por lo menos de manera general, y; segundo en un inciso ‘b’ se expondrá cómo se ha llegado históricamente a dicho estado. Así:

a) Contexto actual de la salud pública en México

México, “es un país con 112 336 538 habitantes” (INEGI, 2010); donde según datos del sistema de México en cifras “en 2012 hubo 602 354 defunciones generales en el país” (INEGI, 2014); de las cuales “una de cada cuatro defunciones que se registran tienen relación con el peso excesivo y casi tres cuartas partes de las defunciones totales, entran en la clasificación de aquellas debidas a las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición” (Hernández et. al., 2012); es decir, a este referente se deben alrededor de 450 000 defunciones en el país. Lo que se explica porque “alrededor de siete de cada 10 adultos (más de 49 millones) [aproximadamente el 70% de los adultos] y uno de cada tres niños de cinco a 19 años (alrededor de 12 millones) [aproximadamente el 30% del total de los niños] presentan peso excesivo (sobrepeso u obesidad)” (Hernández et. al., 2012), es decir, concurren dentro de esta problemática 62 millones de mexicanos en 2012, aproximadamente el 62.5% del total de la población (calculado con los 112 336 538 de habitantes). Para 2013, México se coloca ya como “el primer lugar a nivel mundial en obesidad en niños como en adultos” (OPS, 2013 b). La situación se torna grave pues para 2014 ya son “más de 70 millones de mexicanos” (INSP, 2014) que sufren obesidad y sobrepeso, implicando un incremento de 8 millones en tan solo 2 años.

Datos de defunciones generales totales por principales causas de mortalidad 2012 según el INEGI (2014) muestran simplemente que entre otras defunciones se suscitaron: por enfermedad cardiovascular 109 309, por diabetes mellitus II 85 055, por isquémica del corazón 74 057, por enfermedades del corazón excluido paro cardíaco 109 309, por tumores malignos 73 240; causando solo con ellas un total de 373 566 defunciones en todo el país, representando el 62.01% de las muertes totales; lo que es trascendente es, que estos padecimientos tienen una fuerte asociación con el sobre peso y la obesidad; circunstancia que no se puede de ninguna manera desconocer.

En el mismo tenor, referente a la situación alimentaria de la población en México, en 2010 según datos del CONEVAL (2011) indican que habían en el país “28 millones de personas con carencia de acceso a la alimentación” (CONEVAL, 2011). Además, según datos del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2014) indican que “entre 1989 y 2012 México logró la meta de reducir a más de la mitad el porcentaje de personas que padecían de hambre y que sobrevivían con menos de 1.25 dólares diarios (de 9.3% en 1989 a 4.0% en 2012)”. De hecho, de acuerdo a las estimaciones de la FAO (2014) en los ‘Avances en la subalimentación (hambre) en Centroamérica y México (% de población subalimentada)’ en (1990/92 – 2011/13) “la población de

México con subalimentación (hambre) desde 1990 ha estado por debajo del 5% del total de su población” (FAO, 2014). Es decir, con base a 112 millones, menos de 5.6 millones de población.

Otro dato sumamente interesante en cuestión de salud es “que para 2010, 52.0 millones de un total de 112.6 millones de habitantes eran pobres; de los cuales 11.7 millones se consideran pobres extremos, 40.3 pobres moderados, 32.3 millones vulnerables por carencia social, 6.5 millones vulnerables por ingreso y 21.8 son población no pobre y no vulnerable”.

Con los datos obtenidos anteriormente se puede resumir que:

- ✓ En 2012, 62 millones de mexicanos padecían sobrepeso y obesidad.
- ✓ En 2012, menos de 5.6 millones de población padecía Hambre.
- ✓ En 2010, 52 millones de mexicanos eran pobres.

Ante lo expuesto, es evidente que el sobrepeso y obesidad son una realidad de la salud que requieren primordial atención; es decir, en México existe una realidad de la salud centrada en padecimientos metabólicos; esto innegablemente, sin dejar de reconocer la importancia que tiene la pobreza y el hambre como problemas de salud pública aunque las instituciones mexicanas los reconocen no como problemas de salud sino como problemas sociales. Este es un grave problema más allá de lo epistemológico; porque en general la vida del ser humano, debe ser considerado categóricamente “un ser plenamente biológico y plenamente cultural que lleva en sí esta unidualidad originaria” (Morín, 1999). Quizá esta forma de pensar de las Instituciones al final de respuesta al por qué al realizar políticas no se genera beneficio social ni beneficio en lo que las instituciones en México llaman salud.

b) La política como determinante histórico del estado de Salud Pública en México

Como se pudo constatar en cifras, el sobrepeso y obesidad son una realidad de la salud que se debiese priorizar; en ese sentido, para demostrar la correlación entre las problemáticas de la salud pública y la política en el proceso socio-histórico, se utilizara precisamente la obesidad como elemento de seguimiento por ser la principal problemática de Salud Pública en México. Así:

Aun y cuando ha aumentado “el gasto total en salud como % del Producto Interno Bruto (PIB) [por ejemplo] desde 2008 fue de 5.1% y en 2010 el 6.3%. [Implicando] un gasto total en salud per cápita...en 2010 de 603 dólares” (OMS, 2013g). No se ha logrado detener el avance en el número de personas que padecen sobre peso u obesidad. Al respecto, si se toman referentes de gastos totales en salud como por ejemplo de “Cuba con 583 dólares de gasto total en salud per cápita” (OMS, 2013g) o Estados Unidos con 8233 dólares” (OMS, 2013g); observamos, que este problema de sobrepeso y obesidad trasciende más allá de la situación económica del sistema de salud del país. Pues Cuba con su gasto 3.3% menor al de México no es el país más obeso del mundo ni Estados Unidos con un gasto casi catorce veces superior al de México no es el país menos obeso.

Si observamos además por ejemplo el “Índice de oferta de energía alimentaria” vemos que en Latinoamérica Cuba tiene el mayor índice de disponibilidad per cápita al día con respecto a los

requerimientos mínimos (FAO, 2014). Es importante señalar que México es el segundo país latinoamericano con mayor índice de oferta de energía alimentaria (1990-92 y 2012)” (FAO, 2014).

La implicación con ambos ejemplos, es llevar a la discusión que el problema de sobrepeso, obesidad y sus co-morbilidades va más allá de la situación de disponibilidad de energía alimentaria del país o de la situación económica de su sistema de salud; lo que nos remite a sostener que el perfil epidemiológico de la población “no son simples estadísticas sino explicaciones de la salud; que varían de una clase social a otra y que sufren modificaciones históricas según los cambios de las relaciones de poder que afectan los modos de vida” (Breilh, 2010). Por lo que indica entonces, que existen además de las mencionadas y la propia biología humana circunstancias ‘históricas de poder’ que son determinantes y que hacen allegar con mucha mayor fuerza a la población estos padecimientos impactando en el proceso de salud enfermedad y condicionando un perfil epidemiológico.

Un ejemplo claro de cómo estos determinantes que emergen de la relaciones de poder tienen sus consecuencias en la sociedad, puede ser estimado en el mismo proceso de transición epidemiológica que está padeciendo la sociedad mexicana; hecho que puede corroborarse en su génesis de manera general con mayor panorámica histórica en la siguiente tabla 1 ‘Principales Momentos del Contexto Económico, Político y Sociosanitario en la Historia Reciente de México’, correlacionándolo con la tabla 2 ‘Años en los que aparecieron algunas industrias alimentarias [chatarreras] en México.

Principales Momentos del Contexto Económico, Político y Sociosanitario en la Historia Reciente de México	
1920 -1938	
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO	Etapa pre revolucionaria. El Estado mexicano pretende responder a los compromisos pactados en la constitución de 1917. Intervención estatal orientada a garantizar la paz social, la gobernabilidad y condiciones de seguridad para la expansión capitalista.
PERFIL DOMINANTE DE SALUD / ENFERMEDAD	Mortalidad general, infantil y materna muy elevada. Alta letalidad por enfermedades infecciosas. Epidemias.
1938-1970	
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO	Modelo de sustitución de importaciones (MSI). Ideología desarrollista y Estado-Nación que impulsa una vertiente de bienestar, desarrollo de instituciones de la salud, expansión de los servicios públicos de atención médico-sanitaria. Bifurcación del sistema de salud entre seguridad social y atención médico-sanitaria.
PERFIL DOMINANTE DE SALUD / ENFERMEDAD	Mortalidad general, infantil y materna elevada, predominio de enfermedades infecciosas carenciales. Reducción de muertes por enfermedades prevenibles por vacunación.
1970-1985	
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO	Agotamiento del MSI. Crisis de la deuda. Freno a la tendencia expansiva de los servicios públicos.
PERFIL DOMINANTE DE SALUD / ENFERMEDAD	Coexistencia de enfermedades infecciosas, carenciales y crónicas. Tendencia ascendente de enfermedades del corazón, cerebrovasculares, diabetes y de lesiones...
1985-2010	
CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y SANITARIO	Políticas de ajuste macroeconómico. Modernización del Estado y de la Política social. Separación de funciones en las instituciones públicas. Reducción de la inversión en infraestructura pública. Focalización, selectividad y privatización de lo público rentable. Privilegio de la lógica de mercado.
PERFIL DOMINANTE DE SALUD / ENFERMEDAD	Mayor complejidad epidemiológica, mayor proceso de enfermedades crónicas y mortalidad por patología de adultos y adultos mayores, aumento de adicciones y psicotranstornos, [...].

Tabla 1. Principales Momentos del Contexto Económico, Político y Sociosanitario en la Historia Reciente de México. Fuente: codificado de Jarillo López y Mendoza, 2005. Según: Blanco et. al., 2011.

Años en los que apareció la industria alimentaria en México	
1890 Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma	1945 Bimbo

1907 Pepsi	1961 Jumex
1919 Chocolates la Azteca S.A. de C.V. (D.F. 1930)	1971 Barcel
1921 Gamesa	1973 Danone
1925 Grupo Modelo (D.F. 1928)	1974 Tia Rosa
1930 Nestlé	1974 Suandy
1931 Coca Cola	1978 Ricolino
1939 Sigma alimentos	1985 McDonald's México
1943 Sabritas	1991 Burger King

Tabla 2. Años en los que aparecieron algunas industrias alimentarias en México. Fuente: Elaboración personal con datos de las mismas empresas.

En estas tablas se demuestra que el estado de la Salud Pública en México tiene una generación histórica “según los cambios de las relaciones de poder que afectan los modos de vida” (Breilh, 2010), pues se observa que este estado de salud en la sociedad fue modificándose a medida que el sistema político-económico lo fue haciendo; de hecho tomando la información de Jarillo López y Mendoza (2005) citados por (Blanco et. al., 2011) se puede decir que entre 1938 y 1970 el ‘perfil dominante de salud/enfermedad’ tuvo un predominio de enfermedades infecciosas carenciales, entendidas en gran medida como consecuencias que dejó la Revolución mexicana y, una reducción de muertes por enfermedades prevenibles por vacunación, entendidas por el contexto sociopolítico y sanitario del ‘Modelo de sustitución de importaciones (MSI), la Ideología desarrollista y Estado-Nación que impulsaba una vertiente de bienestar y desarrollo de instituciones de la salud que coexistía en ese momento. Es de hacer notar además que el perfil epidemiológico se fue modificando también a partir de 1970 mientras sufría un agotamiento el MSI hacia la disminución de padecimientos infecciosos. Sin embargo, el ‘perfil dominante de salud/enfermedad’ fue impactado, transitó y se sostuvo a la alza con mucha mayor claridad e intensidad hacia un “mayor proceso de enfermedades crónicas” desde que emergía el modelo neoliberal (en el caso mexicano según Méndez, s/f: a partir del sexenio presidencial de 1982) cuando según Jarillo López y Mendoza, (2005) citados por (Blanco et. al., 2011) en el contexto sociopolítico y sanitario se ‘Privilegió la lógica de mercado’; lo que demuestra que se correlacionan ambos hechos; el cambio de modelo político y el cambio en el perfil de salud pública (de la población).

Es pertinente aclarar que lo anterior se valida porque al mismo tiempo epidemiológicamente se demuestra que una de las mayores causas de la obesidad y sobrepeso que es la alimentación producida por la ‘industria chatarrera’ se presenta antes que el efecto, porque estos padecimientos comienzan a visualizarse según las estadísticas más antiguas encontradas (“Evolución de las principales causas de defunción” en el D.F. INEGI/SSA citado por SEDESA 2013 a) donde aparecen algunas de estas co-morbilidades a partir de los 50’s y en ese sentido por ejemplo, de la industria chatarrera mencionada en México Pepsi se establece desde 1907, Gamesa en 1921, Grupo Modelo en 1925, Coca Cola desde 1931, Sabritas en 1943 y Bimbo desde 1945, etc. Posteriormente, los padecimientos como enfermedades del corazón, cerebrovasculares, diabetes, etc., según Jarillo López y Mendoza, (2005) citados por (Blanco et. al., 2011) tienen una notoria “tendencia ascendente” a partir de 1970; donde simplemente también por aquellas fechas se da un auge industrial y se establecen entre otras: Barcel 1971, Danone 1973, Tía Rosa 1974, Suandy 1974, Ricolino 1978, etc. La anterior relación histórica del estado de la Salud Pública con las relaciones de poder que afectan los modos de vida se fortalece aún más con estos últimos datos incluidos en la teoría epidemiológica, pues “se logra establecer una relación entre la magnitud del factor causal y el efecto” (González, et al, 1981). Es decir, la incidencia de los padecimientos

relacionados con el sobrepeso fue en aumento a medida que más industrias chatarreras se fueron estableciendo e incrementando la disponibilidad de ese tipo de productos entre la población. Donde “el consumismo comenzó a extenderse y tomo más fuerza con la llamada globalización” (Hernández et. al., 2012). Porque “La ideología de la globalización pugna por la liberalización de las economías en un mundo en el que dominan las empresas transnacionales” (Vargas, 2007), en general; pero en este caso son del ramo alimenticio.

Para fortalecer esta postura que relaciona el cambio de modelo político-económico y el cambio en el perfil epidemiológico como resultado de un proceso histórico de dominación que deviene entre otros en padecimientos crónicos por problemas con la alimentación, debe sustentarse que ese tipo de alimentos de la industria chatarrera son causa de obesidad y sobrepeso, por lo que:

- 1) “Si se considera que la predisposición genética [para la obesidad] ha existido mediante milenios sin producir epidemia alguna, esta se debe atribuir entonces a cambios ambientales” (Hernández et. al., 2012).
- 2) Por lo que “los alimentos que consume la gente, en toda su variedad cultural, definen en gran medida la salud...” (OMS, 2003).
- 3) Donde “la comida chatarra’ o comida basura (Junk Food) se la relaciona con: obesidad, enfermedades cardíacas, diabetes tipo II, etc.” (Quintana, 2013).
- 4) “En México, a través de varios estudios se han identificado algunos factores causales de la obesidad, como el consumo excesivo de alimentos con alta densidad energética, el alto consumo de bebidas calóricas, el bajo consumo de frutas y verduras” (Hernández et. al., 2012).

Por lo anterior, y sin dejar de lado que se está hablando de un proceso, entre otras, las circunstancias que se pueden atribuir metódicamente al crecimiento de la obesidad, sobrepeso y sus comorbilidades originadas desde el contexto económico-político, son: la manera en que la población se alimenta y la composición de los mismos alimentos, conjugados en la cultura alimentaria y la política alimentaria que el país ha adoptado en las últimas décadas. Porque tanto, los perfiles epidemiológicos “se trata[n] de una problemática en salud íntimamente ligada a transformaciones económicas, tanto políticas como culturales” (González González, 2009). Donde “el consumismo comenzó a extenderse y tomó más fuerza con la llamada globalización” (Hernández et. al., 2012). Es decir, que esta realidad en salud se ha ido construyendo como parte de un proceso socio-histórico donde la política ha actuado como determinante.

Hasta este punto se ha demostrado que hay tres elementos fundamentales que relacionan a la política social con la salud y son la relación institucional, la relación teórica y la relación histórica, donde en esta última ha sido la política con sus relaciones de poder determinante en las transformaciones entre otras económicas y epidemiológicas.

Ahora, en ese sentido, conociendo lo trascendente que es la acción política en la salud y que existe relación con la salud, se debe cuestionar la pertinencia de la implementación de la Cruzada contra el Hambre para identificar si al construirse esta política se integró su relación con la salud. Por lo que la discusión se centrara en:

II. La decisión política de la Cruzada contra el Hambre en torno a la prioridad Pública de la obesidad

A mi parecer existen dos circunstancias fundamentales excluidas en la toma de la decisión política:

1. Omitir la base epidemiológica para la toma de decisiones políticas.

Mientras que en enero de 2013 con la promulgación del decreto por el que se establecía “El Sistema Nacional para la Cruzada Contra El Hambre (SINHAMBRE)” donde el gobierno enunciaba:

...**resulta inaceptable que millones de personas padezcan hambre**, por lo que es **una prioridad de la política** social del Gobierno de la República lograr que las familias mexicanas tengan un piso básico de bienestar (DOF, 2013).

México alcanzaba “el primer lugar a nivel mundial en obesidad en niños como en adultos” (OPS, 2013 b). Lo anterior no significa, de ninguna manera, que el problema del hambre en contexto socio-histórico, el que fuere, no sea importante, sin embargo, como se mencionó en los apartados anteriores, hay otras circunstancias epidemiológicas que son más trascendentes, que debieran ser prioridad por atender de la política, que es el sobrepeso y la obesidad.

Al respecto se expone un comparativo epidemiológico de ambas circunstancias considerando 112 millones de habitantes de 2012; es importante hacer notar que para la toma de decisión de la Cruzada se tomaron datos de 2010 y 2012 proporcionados por el CONEVAL y cito: “...con base en los estudios y diagnósticos elaborados por el CONEVAL, la población objetivo...” (DOF, 2013). Por lo que bioestadísticamente para validar se toma la misma referencia (tiempo, lugar y persona):

1) HAMBRE	VS	2) SOBRE PESO Y OBESIDAD
<p>La FAO ha estimado que “la población de México con subalimentación (hambre) desde 1990 ha estado por debajo del 5% del total de su población” (FAO, 2014).</p> <p>“Entre 1989 y 2012 México logró la meta de reducir a más de la mitad el porcentaje de personas que padecían de hambre; de 9.3% en 1989 a 4.0% en 2012” (Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2014).</p> <p>Es decir, la población con hambre a la que se refiere en México, es de menos de 4.5 millones de personas. De hecho:</p> <p>Las causas de mortalidad 2012, por ‘desnutrición y otras deficiencias nutricionales’ acontecieron 7 730 defunciones (INEGI, 2014). Representando el 1.28 % de las causas de muertes en todo el país.</p>		<p>“Alrededor de siete de cada 10 adultos (más de 49 millones) y uno de cada tres niños de cinco a 19 años (alrededor de 12 millones) presentan peso excesivo (sobrepeso u obesidad)” (Hernández et. al., 2012).</p> <p>Es decir, la población con sobrepeso u obesidad a la que se refiere en México es de 62 millones de personas. De hecho:</p> <p>De las causas de mortalidad 2012, por padecimientos con una fuerte asociación a la obesidad resultó entre otras que: por enfermedad cardiovascular 109 309, diabetes mellitus II 85 055 e isquémica del corazón 74 057 (INEGI 2014). Causando solo con ellas un total de 268 421 defunciones. Donde “una de cada cuatro defunciones que se registraron en el país tienen relación con el peso excesivo y que casi tres cuartas partes de las defunciones totales que [...] [rebasaron los] 600 000 [...] entran en la clasificación de aquellas debidas a las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición” (Hernández et. al., 2012); es decir, con este referente alrededor de 450 000 defunciones.</p> <p>Donde el enterro de las ECNT causaron el 75% del total de las muertes y 68% de los años potencialmente perdidos (Stevens G citado por Hernández et. al., 2012).</p>

Puede evidenciarse con este comparativo que existe una mayor prioridad que debiese haber sido atendida por la política social. Puede notarse además, con el siguiente dato que esta circunstancia no es tónica, ya que por ejemplo, desde 1980 la diabetes mellitus tenía una prevalencia por 100 000 habitantes de 21.9 y para 2011 de 69.9, lo que implica que en 30 años tuvo un acentuación del “219%” (INEGI/DGIS citado por SSA, 2013 c) lo que tuvo que haberse valorado desde tiempo atrás para tomar acciones políticas en la materia y no omitirlas.

2. Parcializar el “conocimiento del proceso” de la obesidad para la toma de decisiones.

A pesar del conocimiento de que la obesidad, “está asociada causalmente con pérdida de salud; [y que] es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, y hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica y los infartos cerebrales), enfermedades osteoarticulares, ciertos tipos de cáncer como el de mama, próstata y colon, apnea de sueño y varias otras enfermedades” (Hernández et. al., 2012); el estado mexicano ha permanecido parcial ante esta circunstancia, ejemplo de ello es que en la ‘Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes’ se encuentra incluida la presencia de transnacionales como parte de las acciones de salud pública con tareas que no atienden la raíz de la problemática, como que “Nestle, Yakult, Danone y Omnilife desarrollaran material didáctico; Mc Donald’s declarará el contenido calórico de sus alimentos, etc. ” (SSA, 2013 c) aun, cuando hay evidencia y conocimiento científico que el problema es más de fondo que el simple cuidado del consumo de calorías o el , ejemplo científico de ello es que “en las grasas del cuerpo es donde se concentran y guardan las toxinas” (Rodríguez, 2003). Donde por ejemplo:

“el agente xenobiótico ingresa al organismo, se absorbe, se distribuye y atraviesa las membranas. Una vez dentro de la célula, el agente químico puede ser reactivo por sí mismo (de acción directa), o bien puede ser activado por las enzimas metabólicas, en cuyo caso es de acción indirecta y se llama promutágeno....” (Rodríguez, 2003).

Es decir, que la acumulación de grasa en el organismo es un factor que condiciona mayor posibilidad de padecer además de sobrepeso y obesidad otros trastornos en el organismo humano.

Por lo externado en los puntos anteriores, se demuestran en los hechos que la decisión política de la Cruzada contra el Hambre en torno a la Política Pública no fue la más urgente, ni prioritaria que se debió tomar aun cuando simplemente “puede llamarse política pública al hecho de realizar objetivos de interés público” (Aguilar, 2012) esto, porque esta orientación política bien pudo referirse mejor aún a atender ambas circunstancias (hambre-sobrepeso) en un mismo proceso a través de una política alimentaria integral nacional correcta pues los objetivos de interés o beneficio público debe procurarse según el artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para beneficio del pueblo. Lo que hace constar que “muchas veces el punto débil de las políticas públicas no se encuentra en defectos de información o conocimiento sino en la imparcialidad o impertinencia del criterio preferencial de la decisión” (Aguilar 2012). Por lo que se parcializa el “conocimiento del proceso”, en este caso de la obesidad para la toma de decisiones políticas, donde a la vez, la misma estrategia de la Cruzada contra el Hambre sirve de elemento mediático para la construcción de un imaginario social entorno a la situación social en salud del país y sus poblaciones. Es decir, que se busca distorsionar esta realidad de la problemática de la obesidad y sobrepeso para

descartarla de la prioridad Pública y tomar la decisión política contra el hambre. Por lo que no hay armonía entre la prioridad pública y la política social.

III. La cruzada entre el privilegio de unos cuantos y abandono de la salud de poblaciones (como la obesidad)

Las transformaciones en la composición alimentaria de las poblaciones están provocando otro tipo de transformaciones el cambio en los perfiles epidemiológicos, específicamente la FAO describe esta situación con el concepto de ‘Transición Nutricional’, que “se refiere a los grandes cambios en la dieta que producen un impacto nutricional [...] En ese proceso coexisten la desnutrición y un progresivo aumento en el sobrepeso u obesidad, como consecuencia del aumento de la oferta de alimentos procesados ...” (FAO, 2013).

Ante esta situación, se ha observado un desinterés sistemático por abordar esta problemática de la obesidad y el sobrepeso por parte del estado, una indiferencia o abandono al encubrir históricamente el sufrimiento humano que el sobrepeso y sus co-morbilidades causan, porque cabe señalar que no es una inacción u omisión gubernamental nueva a pesar de la presencia de este perfil epidemiológico desde hace tiempo; ejemplo de ello es que desde 1980 los padecimientos cardiovasculares ya se encontraban como la primera causa de mortalidad en México y la diabetes mellitus como la tercer causa, esta última “representa [en 2012] la causa de uno de cada siete fallecimientos” (Hernández et. al., 2012) no obstante:

en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 no se menciona el tema de la obesidad, aun cuando en el país la obesidad era ya un problema emergente de salud [...] Puede constatare que durante el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000) tampoco se formula ninguna relación expresada a cerca de la obesidad [...] durante el gobierno de Vicente Fox Quesada el problema de la obesidad tiene un reconocimiento más claro que en sexenios anteriores: se alude esta enfermedad indirectamente en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 [...] a pesar de lo anterior, durante ese sexenio no encontramos evidencia de las políticas públicas encaminadas al control de la obesidad (Hernández et. al. 2012).

Es, hasta que “el 25 de enero de 2010 el presidente Felipe Calderón Hinojosa presentó el ANSA [Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad] ante representantes del gobierno, de la iniciativa privada y de organizaciones civiles” (Hernández et. al., 2012). Es decir, el gobierno mexicano vivió más de 30 años descuidando el problema, dejando que creciera en perjuicio de las poblaciones.

Un ejemplo concreto de este desinterés gubernamental está presente en el mismo PAR de Diconsa cuando emerge el ANSA en 2010, pues solo le mandata una pequeña participación estratégica no solo por los dos párrafos que le dedica en todo el acuerdo sino pequeña de fondo, pues refleja más un imperativo para contribuir a generar consumidores que para asegurar un beneficio para la salud de las poblaciones, pues acuerda: “SEDESOL aumentará la oferta de agua potable en las tiendas DICONSA. El objetivo de estos esfuerzos conjuntos es promover una cultura de consumo de agua simple potable como hábito saludable” (ANSA, 2010). No le adiciona beneficio a la población pues hasta la fecha el agua potable no forma parte de la canasta básica de DICONSA.

Ante estos hechos, es notorio el desinterés a nivel nacional por llevar a cabo esfuerzos frontales para solucionar la problemática del sobrepeso y sus co-morbilidades, denotándose el abandono de la salud de las poblaciones, es notorio al mismo tiempo el interés por “promover una cultura de consumo” según las propias palabras del acuerdo, privilegiando de facto la economía de la industria alimenticia; porque además esta cultura es afirmada por la bandera institucional de “como hábito saludable”.

Hasta aquí, vale la pena tomar una pausa para hacer una aclaración:

Pareciera que sólo hasta estos últimos párrafos se ha empezado a abordar en sí el objeto de estudio que es la Propuesta Alimentaria del Programa Alimentario Rural (PAR) del Sistema de Distribuidoras Conasupo, S.A. de C.V. (DICONSA), sin embargo, es preciso recordar que dada la naturaleza de la hipótesis se debe explorar el proceso socio-histórico para ir develando el objeto, ceñido en la hipótesis por circunstancias del propio contexto.

Retomando:

Una información que ayudará a señalar por un lado, si en la propuesta alimentaria se privilegia la economía de la industria alimenticia, y por otro, si el tipo de propuesta no considera la salud de las poblaciones es: conociendo las ‘Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V.’ y la propia propuesta alimentaria del PAR, es decir, los llamados ‘Productos para la Alimentación y Nutrición (Diconsa)’. Así, se tiene que los productos entre otros son:

“Aderezos, bebidas de fruta, botanas y frituras, carnes envasadas, consomé en cubos, consomé en polvo, diversas comidas preparadas, dulces y caramelos, jamones envasados, manteca de cerdo, mayonesas, refrescos embotellados, refrescos en polvo, salchichas envasadas, salsa catsup, salsa picante, sopas instantáneas” (DICONSA, 2013). De los cuales, aunque es sabida de la mayoría de ellos su relación entre su consumo y los padecimientos que generan por el contenido de sustancias que poseen se tiene por ejemplo que:

PRODUCTOS	ESTUDIO
✓ Botanas y frituras	En diciembre de 2011, el Laboratorio de Profeco analizó 30 marcas de frituras y botanas en donde se encontraron altos índices de sodio y grasas” (El poder del consumidor, 2014 c). “Los ácidos grasos trans son isómeros de grasas insaturadas que por una hidrogenación parcial cambian su configuración al tipo de ácidos grasos saturados. Estos ácidos grasos son aún más aterogénicos que los saturados, ya que elevan las concentraciones plasmáticas de colesterol-LDL, reduciendo también el colesterol-HDL.” Según Lichtenstein A.H., Ausman L. M., Jalbert S. M., Schaefer EJ. Effects of different forms of dietary hydrogenated fats on serum lipoprotein cholesterol levels.
✓ Dulces y caramelos, bebidas de fruta, (Con diversos colorantes) ✓ Consomé en cubos y polvo: Knorr Suiza tomate (Con Glutamato monosódico, Rojo allura y Tartrazina); Consomate (Con Tartrazina, Rojo allura, Caramelo IV).	“Se ha identificado que varios de estos colorantes están asociados a cambios en la conducta de los niños, especialmente con un incremento de hiperactividad y falta de atención. Estos colorantes son: rojo allura o rojo 40, tartrazina o amarillo 5, amarillo ocaso o amarillo 6, rojo cochinilla, carmoisina y ponceau 4R” (Bateman et al, 2004; McCann, 2007 citados por El poder del consumidor, 2014 d). “Colores como el azul brillante y el azul 1 y 2 han sido asociados, recientemente, con diversos efectos en salud, tales como alergias y algunos tipos de cánceres, a través de modelos animales” (Kobylewski y Jacobson, 2010 citados por El poder del consumidor, 2014 d).
✓ Carnes envasadas, salchichas envasadas,	“Se cuenta con evidencia convincente que se relaciona con el incremento en el riesgo de cáncer de colon y recto” Word Cancer Research Found & American

jamones envasados.	Institute for Cancer Research. Food. Food, nutrition, Physical activity and the prevention of cancer.
✓ Sopas instantáneas (Maruchan, nissin, moderna, aurrera).	las “sopas instantáneas son altamente criticadas por los especialistas al considerarse poco sanas, pues aun cuando contienen compuestos que de alguna manera nutren (carbohidratos, proteínas y grasas) [ver anexo 11] aportan calorías con un bajo nivel de nutrientes, así como gran cantidad de carbohidratos simples, grasas saturadas, sodio y/o aditivos, es decir, compuestos que les restan valor dentro de la alimentación saludable y balanceada y, que son responsables en gran medida del sobrepeso y enfermedades como la hipertensión y diabetes. Este producto se acerca por unidad al ciento por ciento de la parte baja de la recomendación [de sodio al día] (INNSZ, 2010 a, pág. 8).
✓ Refrescos embotellados, refrescos en polvo, bebidas de fruta	“En un metanálisis reciente se encontraron ocho estudios prospectivos (n=310819) que informaron sobre la asociación entre un mayor consumo de bebidas azucaradas y refrescos y la incidencia de DM2, se encontró que quienes consumieron entre dos y tres bebidas azucaradas/día tuvieron 31% más riesgo de desarrollar DM2” según Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: A meta-analysis. Diabetes Care. “El —4-metilimidazol (4-MEI) que es carcinógeno, elemento presente en la industria alimenticia que se utiliza en ciertos productos incluyendo colorante de caramelo, salsa de soya, salsa inglesa, el vino, pan, café, melazas amoniacales, ciertas bebidas de cola, cervezas y otros productos” (Ca.gov, 2014).

Ante estos hechos, se fundamenta que esta propuesta no considera que se estén ofertando productos potencialmente perjudiciales en la salud de las poblaciones por su consumo; beneficiando económicamente a la industria con la venta de estos. Marcas comerciales que se ofertan son “Dolca, Maseca. La fina, Gamesa” (DOF, 2013) y demás. Es preciso mencionar que “los ‘beneficios’ del Programa se otorgan a población abierta, es decir, la que se ubica en las localidades con tienda abastecida por DICONSA” (SEDESOL, 2013). Por lo que “el apoyo del programa consta de otorgar vía precios a población abierta y no como subsidio directo. El monto del apoyo equivale al ahorro que el Programa transfiere al público que compra en las tiendas comunitarias y unidades móviles, resultante de la diferencia de precios de los productos de la canasta básica respecto a los precios de esos mismos productos en comercios privados. De acuerdo con las Reglas de Operación vigentes” (SEDESOL, 2013).

La tendencia a privilegiar la economía de industriales se aprecia a tal grado que incluso según un estudio de meta evaluación 2007-2012 del Programa de Abasto Rural de Diconsa “al menos 46% de las tiendas Diconsa estaban en localidades no objetivo” (Baca et al., 2012). “Significa que alrededor de mil millones de pesos están fuera del objetivo de Diconsa, al menos en el año 2010” (Ávila et al., 2011).

Además, al respecto de este programa PAR, en estas tiendas Diconsa, se esté creando un ambiente obesogénico como en prácticamente cualquier tienda del país. Lo que corrobora que omiten en la práctica “sin duda alguna el consenso actual de la comunidad científica [que] es que los factores ambientales y sociales son la causa de los grandes aumentos en la prevalencia de la obesidad en la población” (Hernández et. al., 2012), Pero esto no queda hasta ahí; porque, “entre los factores ambientales figuran los epigenéticos (propuestos por Barker) que se superponen al efecto de los genes” (Hernández et. al., 2012). Se ha descubierto que las experiencias que sufre un individuo pueden desencadenar modificaciones en el patrón de marcas epigenéticas sobre su genoma, las cuales a veces se transmiten a su descendencia” (Romá, 2014). Donde “las modificaciones más

comunes [de información epigenética] son la acetilación y la metilación de los residuos de lisina en las histonas H3 y H4” (Waterland, R.A. citado por Hernández et. al., 2012). Es decir “el incremento de acetilación induce a la transcripción de la activación dado que la afinidad de las histonas al ADN se reduce y por lo tanto se relaja el empaquetamiento de la cromatina, mientras que la disminución de la acetilación induce la represión de la transcripción” (Hernández et. al., 2012). Donde La metilación de residuos de citosina [...] contribuye con el factor de transcripción que se une a las proteínas [...] lo cual está asociado al silenciamiento del gen” (Dolinoy, D.C. citado por Hernández et. al., 2012). Por lo que “el tipo de nutrición en etapas tempranas del desarrollo puede influir en el establecimiento y mantenimiento de la metilación de citosinas; algunos micronutrientes como la vitamina B12 y el ácido fólico son donadores del grupo metilo” (Hernández et. al., 2012).

En el sentido alimentario una de estas investigaciones propone: “que la mala alimentación de la madre durante el embarazo producen en el feto una respuesta adaptativa que establece un estado metabólico ‘ahorrativo’ y protege el desarrollo del sistema nervioso. Se reduce el crecimiento en estatura, masa muscular y peso, lo que reduce los requerimientos [energéticos] y eleva las oportunidades de sobrevivir. Aumenta la concentración de cortisol en la sangre que a la larga favorece las enfermedades crónicas, el número de células del riñón disminuye —lo que favorecerá el desarrollo de hipertensión arterial— y se produce resistencia a la insulina que permitirá al cerebro contar con suficiente glucosa, pero que facilitará la aparición de diabetes” (Hernández et. al., 2012), ver figura 11.

IV. Diconsa como instrumento político para ampliar el mercado y reproducir sobre las estructuras económicas estructuras culturales de alimentación (obesogénica)

a) Diconsa como instrumento político

“Diconsa (Sistema de Distribuidoras Conasupo, S.A. de C.V.) es una empresa de participación estatal mayoritaria que pertenece al Sector Desarrollo Social. Tiene el propósito de contribuir a la superación de la pobreza alimentaria, mediante el abasto de productos básicos y complementarios a localidades rurales de alta y muy alta marginación, con base en la organización y la participación comunitaria” (DICONSA, 2014 b). Lo que implica que es un instrumento político pues aunque está orientado por la ‘política de desarrollo social’ nacional, la política le permite modificar sus condiciones de acuerdo a proyecciones, impactando en las poblaciones. Ejemplo de ello es que: en el “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2013’(al inicio de la cruzada), el programa PAR “atiende a la población de las localidades de alta y muy alta marginación de entre 200 y 2,500 habitantes” (SEDESOL, 2013, pág. 143) y en el Acuerdo para el ejercicio fiscal 2014 instituye que “el PAR ha establecido como su población a beneficiar al conjunto de localidades de 14,999 habitantes o menos” (DOF, 2013 c).

b) Diconsa con capacidad para ampliar el mercado

“En la operación del Programa [de Abasto Rural], DICONSA hace uso de la red operativa instalada en los 31 estados del país, compuesta por 29 Almacenes Centrales, 269 Almacenes Rurales, un Almacén Granelero, cinco Almacenes para Programas Especiales y 3,748 vehículos en operación

(2,096 de carga, 1,421 de supervisión y 231 de apoyo), que mediante una distribución estratégica abastecen a las tiendas comunitarias” (SEDESOL, 2013). Específicamente “3,691 unidades asignadas a sucursales” (DICONSA, 2014c).

Al cierre del primer trimestre de 2013 “Diconsa está presente en 23,076 localidades en todo el país” (SEDESOL, 2013). Donde Diconsa atiende a 25 468 tiendas” (DICONSA, 2014c).

Durante la cruzada se abrieron 754 nuevas tiendas Diconsa ampliándose con ello el abasto y el impacto en “la alimentación de 1 millón 80 mil 289 mexicanos. Además de 1.75 millones de beneficiarios de la Tarjeta SinHambre” (SINHAMBRE, 2014 a).

También durante la cruzada “Diconsa llega con sus tiendas móviles a 4 mil 100 comunidades del país y beneficia con ello a 5 millones 124 mil 193 personas” (SINHAMBRE, 2014 a), ampliando el mercado y su posicionamiento geográfico. “Al cierre del primer trimestre de 2013 existen 163 tiendas móviles en operación” (SEDESOL, 2013).

Lo anterior demuestra que Diconsa tiene capacidad de ‘infraestructura de distribución’ capaz de hacer llegar su programa PAR a un amplio sector de la población en todo el país. Tan solo con los datos de alcance poblacional proporcionados de las nuevas tiendas, sumadas con el de las tiendas móviles, la cobertura asciende a 6 millones 204 mil 482 de personas; un número lógico, parafraseando a Ávila et al (2011) si se considera que en 1995 se propuso beneficiar en ese mismo año a 27 millones de personas por parte de Diconsa.

c) Diconsa con capacidad de reproducción de estructuras económicas

Diconsa, mediante sus reglas de operación, montos presupuestales, las relaciones comerciales que se le permiten y la compra-venta-oferta-demanda comercial que maneja, es capaz de establecer estructuras económicas y reproducir otras estructuras tanto que al día de hoy la mayoría de las tiendas Diconsa han ampliado su oferta comercial no sólo en el número de productos alimenticios chatarra que ofertan -como ya se ha visto- sino con la ampliación en la oferta de otros productos y servicios de diversa índole, a tal grado que se les ha cambiado de denominación de ‘Tiendas Diconsa Comunitarias’ a ‘Unidades de Servicio a la Comunidad’, aunque ambas están cuantificadas de manera general en el rubro de tiendas Diconsa. Así, por “las gestiones realizadas con diversas dependencias y entidades públicas y privadas para brindar servicios adicionales al abasto en las tiendas comunitarias, han dado como resultado que DICONSA pueda proporcionar: telefonía, servicios financieros, entrega de apoyos de programas federales, internet, venta de tiempo aire, buzón de Sepomex, venta de leche LICONSA subsidiada y comercial, tortillería, molino, cobro de consumo de energía eléctrica, cobro de agua potable, cobro de recibos por consumo de telefonía, venta de alimentos enriquecidos, entre otros, por lo cual el porcentaje de tiendas que al cierre del primer trimestre de 2013 funcionan como Unidades de Servicio a la Comunidad asciende a 90.7 por ciento” (SEDESOL, 2013).

Lo anterior demuestra que Diconsa ha montado en las comunidades todo un aparato de dispositivos para configurar un espacio donde se desarrolle una amplia actividad mercantil, porque “es la característica central del capitalismo: la ubicación de la economía en el centro de la vida social” (Bourdieu, 2007), implicando que Diconsa reproduce las estructuras económicas preponderantes

que le dicta el modelo político-económico a seguir; donde “la doctrina de la neocolonización de Latinoamérica. [Implica que] los países que se someten al programa de ajuste estructural aceptan la construcción de instituciones afines a los intereses del capitalismo transnacional” (Vargas, 2007); como diría Guinsberg (2006), “claro que trata de encubrir ese manejo detrás de una acción benemérita, casi mesiánica” (Guinsberg, 2006).

Por ello, “el desarrollo en la globalización ha sido en general capitalocéntrica porque sitúa al capitalismo en el centro de las narrativas de desarrollo, tendiendo en consecuencia, a devaluar o marginar cualquier posibilidad de desarrollo no capitalista” (Vargas, 2007). Incluso según Ávila et al (2011), en 2010 “50.5 por ciento de las tiendas estaban en localidades no enfocadas al objetivo” (Ávila et al., 2011).

Tras esta situación, es necesario reiterar que “es preciso asumir que el neoliberalismo es un proyecto global de organización de la sociedad y que los cambios que han tenido lugar en la forma de generar ‘bienestar’ no son adecuaciones casuísticas o pragmáticas, sino lineamientos congruentes con el sustento ideológico y político del modelo impuesto en los países latinoamericanos” (Vázquez, 2012).

d) Diconsa con capacidad para establecer una cultura alimentaria obesogénica

Cuando entre 1961 y 1965 se crea Conasuposa que posteriormente cambia a Compañía Distribuidora de Subsistencias Populares (Codisupo) y que en 1964 se transformaría en la Compañía Distribuidora de Subsistencias (Conasupo) (Barquera et al., 2001); pocos se imaginarían que este mecanismo paraestatal relacionado con programas y políticas de alimentación y nutrición en México tendría tantas transformaciones; porque en un principio, únicamente dedicaba sus esfuerzos a brindar el abasto y subsidio a productos del campo —campo mexicano que por cierto está muriendo- y, hoy es posible entrar a una tienda Diconsa, utilizar el servicio de internet y ver en tiempo real a alguna persona al otro lado del mundo; comprarse unos cigarros con cianuro de hidrogeno; una botana rica en sodio, grasas, colorantes como la tartrazina y tomarse un refresco de cola ‘faitishe’ con “4-metilimidazol que es carcinógeno” (Ca.gov, 2014); por poner un ejemplo.

Es decir, como puede apreciarse, del original subsidio a productos del campo en 1961, al PAR de Diconsa en la actualidad, hay una notable diferencia, porque como dice Castoriadis “el capitalismo es sumamente desestructurante del espacio social” (Castoriadis citado por Yago, 2000), y se ha encargado de eso; porque además (reiterando) como dice también Bourdieu: “es la característica central del capitalismo: la ubicación de la economía en el centro de la vida social” (Bourdieu, 2007) como se ha podido constatar entre otras con la modificación de las tiendas Diconsa a ‘Unidades de Servicio a la Comunidad’; porque en la práctica además como dijera Michael Foucault al analizar la modernidad: “el poder disciplinario, se aplica desde el nivel más microsocioal y que trata de regir la multiplicidad de los hombres a partir de sus cuerpos individuales a los que hay que vigilar, adiestrar, utilizar y eventualmente castigar” (Hernández et. al., 2009). En este caso, con un dispositivo que rige parte del ritmo de la vida de personas en las comunidades.

Una evidencia más de que a través del programa PAR se ha querido generar una cultura alimentaria obesogénica por ejemplo, se aprecia notoriamente porque aunque “prácticamente todos los reportes técnicos de la OMS, la OPS, los institutos de medicina de los Estados Unidos y el Fondo Mundial

para la investigación en cáncer (WCRF) identifica la necesidad de que los gobiernos trabajen sobre el entorno promotor de la obesidad (obesigénico), buscando hacerlo más propicio para la práctica de alimentación saludable [...] por parte de la población (Hernández et. al., 2012) esto en las tiendas Diconsa en la práctica real no ha ocurrido, como ya se ha visto en con la lista de productos que se ofertan, porque por ejemplo, en estas tiendas aún con esto “no hay frutas y verduras frescas, sólo envasados” (Enciso L., 2013). Donde “un factor subyacente reconocido [lamentablemente en la obesidad] es la pérdida de la cultura alimentaria tradicional” (Hernández et. al., 2012).

Todo esto, porque según Vargas (2007) “en los mercados globales, las interacciones entre las empresas y los consumidores, culturas y capitalismo, transforman las preferencias hasta homogenizarlas. El proyecto de globalización que propone un mundo único, con un mercado homogéneo” (Vargas, 2007). Donde en el neoliberalismo dice Dussel (2014) “la subjetividad en su corporalidad viviente físicamente ha sido atrapada en la telaraña del mercado” (Dussel, 2014). Esto es, porque según Zigmun Bauman (2007) en “los encuentros de los potenciales consumidores con sus potenciales objetos de consumo se convierten poco a poco en los ladrillos con que se construye ese entramado de relaciones humanas que sucintamente llamamos ‘sociedad de consumidores’” (Bauman, 2007). Es decir entre mayor número de encuentros mayor es la posibilidad de quedar atrapado; porque “en la sociedad de consumo nadie puede convertirse en sujeto sin antes convertirse en producto” (Bauman, 2007).

Ejemplo de estas interacciones y encuentros entre consumidores y productos se realizó en un estudio donde “las familias que tenían en casa un mayor número de unidades de productos de alimentación (típicamente paquetes con varios tetrabrik, bolsas de snacks salados en grupos) consumían éstos una media de un 112% más rápido que los que tenían una acumulación menor de los mismos alimentos (Wansink, citado por Aranceta et. al, 2008).

Es decir, parafraseando a Bourdieu (2007) “la armonización de las experiencias y el continuo refuerzo que de cada una de ellas se recibe se constituirá en una práctica social aceptada” (Bourdieu, 2007). Constituyéndose como “un proceso en el que se impone el carácter ‘natural’ (así es) de los hechos sociales, cerrando la posibilidad sobre lo ‘innatural’ de lo dado como ‘natural’” (Bourdieu citado por Blanco et. al., 2011). Propiciando con esto la construcción del camino “en donde se sustenta la [supuesta] legitimidad de los discursos de dominación” (Blanco et. al., 2011).

Datos duros fortalecen lo anterior y demuestran el desarrollo de la cultura alimenticia que se propone en las tiendas Diconsa, simplemente por las ventas generadas y sus aumentos respectivos con el paso del tiempo; no solo en pesos, dato que pudiera ser debatido so-pretexto de la inflación, sino por este dato y el número de unidades vendidas; ejemplos en montos:

“Las bebidas endulzadas (refrescos, jugos y bebidas envasadas), que en total suman ventas por más de 222 millones de pesos de 2007 a 2010, con un promedio de venta anual de más de 55 millones de pesos (Ávila et al., 2011). “En el monto de ventas de tiendas Diconsa, los cigarros ocupan el lugar número de 18 con un promedio de venta [...] [2007-2010] que supera los 263 millones de pesos” (Ávila et al., 2011). “Las ventas de: azúcar, aceite y galletas, superan más de mil millones de pesos cada uno. Donde el azúcar tenía ventas en 2007 por 244 millones y en 2010 por 483 millones” (IFAI 2011 citado por Ávila et al., 2011).

En cuanto a las cantidades de producto se tiene por ejemplo:

“En concordancia con la tendencia nacional Diconsa ha experimentado una creciente demanda de ‘sopas instantáneas’. En este sentido, según datos de Diconsa, al mes de noviembre de 2010 se han vendido 13.5 millones de sopas instantáneas en todo el país a través de su red de tiendas comunitarias, cifra superior a las más de 9.5 millones de unidades comercializadas durante el 2009” (INNSZ, 2010 a).

Con los datos anteriores se observa que Diconsa impone estructuras culturales y las reproduce sobre las estructuras económicas para ampliar el mercado. Es decir, Diconsa tiene fuerte impacto alimentario donde vive la población, básicamente rural, indígena, “población de las localidades de alta y muy alta marginación de entre 200 y 2,500 habitantes” que es precisamente a la que va dirigida originariamente el programa (PAR); y es en la que lamentablemente existe “el mayor aumento de la prevalencia de la obesidad entre 1999 y 2006 [pues] se observó en la población indígena (>15% por año). [Donde] estas tendencias sugieren que México transita hacia una situación en la que la carga de peso excesivo será eventualmente mayor para la población más pobre en todas las edades” (Hernández et. al., 2012). Algo interesante para tomarse en cuenta pues es precisamente a donde en principio se dirige la Cruzada Contra el Hambre.

En este punto cabe recordar que el plato del bien comer “es un instrumento con propósitos de ayuda gráfica, para ilustrar como promover una dieta saludable, mediante la combinación y variación de los alimentos que integran la dieta (UNAM, 2013). Instrumento del cual, la “observancia, la vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias” (DOF, 2013 b). Sin embargo aun con esto no se ha logrado entre las mismas instituciones integrar parte de esta teoría en salud. Solo la que está asociada de alguna manera con los intereses de la industria alimentaria chatarrera presente en el mencionado Plato, como son las galletas de animalitos, las conchas, el pan de caja, etc. Es decir, que se han ido construyendo sujetos mercantilmente útiles, priorizados para la economía alimentaria industrial por encima de su salud.

V. El derecho humano a la vida y a la salud, olvidados en la política social mexicana en pro del ‘cumplimiento’ al derecho humano a la alimentación

Expreso para el tema de alimentación, en la CPEUM sobre el derecho a la alimentación menciona en su Artículo 4 que: “Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará”. Por lo que estrictamente se debe garantizar.

Si nutritiva se refiere a que tenga nutrimentos; suficiente se refiere según la NOM-043 que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños o niñas, que crezcan y se desarrollen de manera correcta; y de calidad se refiere a implícitamente en la norma a que ‘sea mejor’, “deben ser inocuos, lo que significa que no debe causar daños a la salud” (Centro de Derechos Humanos, 2013). Se interpretaría entonces el artículo como que toda persona tiene derecho a una alimentación ‘que contenga esencialmente nutrimentos’ ‘diversos’ para el desarrollo humano correcto y que estos sean los mejores, que no causen daño a la salud. Así mismo alimentación ‘adecuada’ se refiere según la NOM-043 a: que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus

recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características; por lo que conforme al mandato constitucional la alimentación deberá ser: nutritiva, suficiente y de calidad.

Así pues, si en la Cruzada Contra el Hambre, uno de sus objetivos es precisamente: Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación; y justamente en la propuesta alimentaria del PAR se tiene que: su objetivo es “contribuir a la Seguridad Alimentaria facilitando el acceso físico y económico a productos alimenticios de la población que habita en localidades rurales marginadas. Se tendría que verificar si esto sucede.

Primeramente para entrar en discusión, hay que aclarar, que la seguridad alimentaria se refiere a: “cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, económico y social a suficientes alimentos inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades alimentarias para desarrollar una vida activa y sana”. (DOF, 2013 b). Por lo que se puede discutir que se pudieron identificar entre el proceso biológico y socio-cultural aspectos que impactan en la salud pública como:

Concerniente al acceso físico, este no es suficiente, pues aunque “Diconsa atiende a 25 mil 468 tiendas en todo el país y para cumplir con su objetivo cuenta con más de 300 almacenes rurales y centrales, 3 mil 691 mil unidades asignadas a sucursales” (DICONSA, 2014c) además de unidades móviles. Durante la cruzada está “programada la apertura de 806 nuevas tiendas DICONSA y se han habilitado 376 nuevas unidades móviles” (Gamboa, 2013). Implicando con esto que el acceso físico no es suficiente, no está cubierto; asimismo, si “la población objetivo de la cruzada es de 7.4 millones de personas en todo el país” (SEDESOL, 2013). Y según resultados de la cruzada, solo “la alimentación de 1 millón 80 mil 289 mexicanos ha mejorado con los productos que obtienen en las 754 nuevas tiendas Diconsa” (SINHAMBRE, 2014 a). Es indudable que aún existe carencia de acceso físico.

Concerniente al acceso económico, este no es suficiente, pues respecto a la venta de los productos, “de acuerdo con las Reglas de Operación, durante 2013, el Programa buscará que dicho ahorro sea de por lo menos 15 por ciento en los productos de la Canasta Básica DICONSA (SEDESOL, 2013), y aunque durante la cruzada “se incrementó de 25% a 27.6% el margen de ahorro ofrecido en los productos de la canasta básica” en el “abasto rural de Diconsa hay subsidio indirecto, es decir, el subsidio es a los productos, no a la población con mayores necesidades” (Ávila et al., 201, pág. 190); significando que solo hay apoyo de tipo económico: 1) con descuentos a productos solo de la canasta básica, 2) con apoyo económico de “la Tarjeta de Apoyo Alimentario SIN HAMBRE cuyo monto es de 638 pesos para comprar productos básicos en las tiendas Diconsa” (Gamboa, 2013). Es decir, el 75% del costo de los productos de la canasta básica los asume la población.

Ahora bien, si consideramos que la cruzada “está dirigida a atender a aquella población en pobreza extrema y que al mismo tiempo presenta carencia alimentaria; se refiere prácticamente a la población que padece ‘hambre’, por lo que es evidente que no poseen recursos económicos incluso ni siquiera ese 75% que les faltaría para adquirir productos de la canasta básica; o algunos sus ingresos estarán por debajo de la línea de bienestar mínimo que para el medio urbano es de \$978 y para el rural de \$ 684 al mes (CONEVAL, 2011), por lo que les será complicado atender las necesidades de la familia con esos ingresos. Pues si consideramos que son mensuales, simplemente

en lo rural sería de su ingreso de \$ 22.8 diarios por familia y si por ejemplo una familia está constituida por 7 personas, el monto para su supervivencia sería de \$ 3.25 diarios por persona. En ese sentido, el apoyo económico que brinda la Tarjeta de Apoyo Alimentario SIN HAMBRE cuyo monto es de 638 pesos se aproxima mucho a las cifras que se utilizaron para los cálculos, resultando con ese monto que una familia igual a la ejemplificada también contaría con 3 pesos de apoyo al día por integrante. El ejemplo que se tomó de 7 personas por familia salió de la estimación de “a agosto de 2013 se anunció que 250 mil familias recibirían la Tarjeta de Apoyo Alimentario SIN HAMBRE” (Gamboa, 2013) y a un año de la aplicación de la estrategia Cruzada Contra el Hambre se publicó que habían sido “1.75 millones de beneficiarios de la Tarjeta SinHambre” (SINHAMBRE, 2014 a). Lo que implica que si fueron 1.75 millones de beneficiarios entre 250 mil familias que recibirían esa tarjeta resulta 7 beneficiarios por familia. Todo lo anterior significa que con esta propuesta económica no se garantiza que las personas tengan en todo momento acceso económico a suficientes alimentos como lo indica la definición de seguridad alimentaria. Pues simplemente como ejemplo la “canasta normativa para el Distrito Federal es considerada para el hogar promedio (3.6 personas) de \$ 50.64 al día a precios noviembre del 2011” (Ávila y Boltvinik, 2012). Lo que implicaría que el apoyo para esos 7 beneficiarios por familia tendría que ser de 101.28 pesos al día, es decir 3038.4 pesos al mes sin olvidar su actualización. Una opción con mayor equidad podría ser calcular el costo de una canasta normativa por ejemplo por persona y apoyar con esa cantidad al número de personas que compongan las determinadas familias. Que en el 2011 el apoyo pudo haber sido algo así como 422 pesos por persona al mes. Porque con los datos que el gobierno muestra y los argumentos que se expresan es indudable que por mucho, no se cumple con el derecho humano a la alimentación.

Es lógico entender que la propuesta no resolverá todas las circunstancias para garantizar la seguridad alimentaria, de hecho, el PAR se protege desde su discurso porque su objetivo refiere ‘contribuir’; sin embargo lo que se debe garantizar en toda propuesta por mínima que sea es que los alimentos nutran, que contengan todos los nutrimentos y que no causen daño; en ese sentido la propuesta alimentaria del PAR también es cuestionable, porque tiene en su listado no solo los productos comestibles que componen la Canasta Básica oficial DICONSA que son aceite vegetal, arroz, atún, café soluble, chiles jalapeños, chocolate en polvo, frijol, harina de maíz, harina de trigo, leche en polvo, maíz, sardina, azúcar estándar, galletas marías y de animalitos, manteca vegetal, pasta para sopa, sal de mesa y para los que tiene tarjeta ‘Sin hambre’ proporcionada en la cruzada a la población objetivo adicionalmente avena y huevo -que algunos de por sí ya son discutibles cómo el chocolate en polvo, las galletas, etc.-, sino aderezos, bebidas de fruta, botanas y frituras, carnes envasadas, consomé en cubos, consomé en polvo, diversas comidas preparadas, dulces y caramelos, jamones envasados, manteca de cerdo, mayonesas, refrescos embotellados, refrescos en polvo, salchichas envasadas, salsa catsup, salsa picante, sopas instantáneas; y otros que no están en esta lista pero que sin embargo se venden en estas tiendas Diconsa como parte de su propuesta como los cigarrillos “con un promedio de venta anual que superaba en 2010 los 263 millones de pesos” (IFAI citado por Ávila et al., 2011). Donde “la información analizada muestra que la infraestructura para la distribución de alimentos básicos y complementarios a las comunidades rurales está siendo utilizada también para la distribución de productos definidos como nocivos para la salud, como son los cigarrillos, y mercancías cuyo consumo no se debe promover, como es el caso de las bebidas endulzadas (Ávila et al., 2011).

Es decir, esta propuesta tiene muchos alimentos chatarra, que aunque en el plazo inmediato pudiesen coadyuvar a saciar el hambre en la población, a la larga son condición de riesgo que no se ha modificado aún y cuando ya se mencionó en apartados anteriores durante la investigación, la evidencia del daño que ocasionan; por ejemplo la radiografía que se presentó de la bebida de Coca-Cola de 600 mL según “El poder del consumidor” en su valoración general menciona que “no vale la pena exponer al organismo a recibir algún daño a través de la ingesta de dichas bebidas” (El poder del consumidor, 2014 a, b). Donde lo beneficioso sería si se sustituyeran la producción, distribución, venta y el consumo por frutas y verduras.

Esta propuesta alimentaria actual de Diconsa es inapropiada para las poblaciones, más, porque en algunos casos su única posibilidad lo son estas tiendas, por lo tanto construyen riesgo, un riesgo de padecer en primera instancia sobrepeso y obesidad. Porque por atender el derecho a la alimentación “inapropiadamente” se está descuidando el derecho a la salud (bienestar físico, mental y social) y sobre todo el derecho a la vida misma al ponerla en riesgo, se omite la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, es decir, por intentar atender el derecho a la alimentación se vulnera el derecho a la salud. Esto es evidencia de que no existe una consideración integral entre una política social y la política de salud. Máxime si la Ley General de Salud en su Artículo 114 establece que “para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal” (LGS, 2013) y no se nota. De lo que resulta con mayor gravedad porque el artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “la soberanía nacional reside esencial y originariamente en el pueblo. Todo poder público dimana del pueblo y se instituye para beneficio de éste. Y no se nota beneficio alguno.

Extremadamente se diría porque esto es fruto de que no se considera la bidimensionalidad humana. Porque desde el pensamiento vitalista “esta ‘vida humana’ no es un concepto, ni un principio, y como tal ni siquiera un criterio. [...] es el Urfaktum (hecho original originante) de todo el campo y de todos los sistemas económicos” (Dussel, 2014); “es el criterio de verdad práctica y teórica” (Dussel, 2001). Por lo que todo lo que se realice entonces debe ser en torno a preservar lo que más sea posible esa vida humana, esa vida humana en dignidad, es decir; “sin obstáculos para su desarrollo” (Sandoval y Delaplace, 2007).

CONCLUSIONES

La hipótesis se confirma; con los contenidos del marco teórico se demostró en la discusión que en México no existe una consideración integral entre una política social y la política de salud; porque en la política social de la Cruzada contra el Hambre, Diconsa y el PAR se tiene una mirada parcial de lo que acontece en la sociedad mexicana entre el hambre, el sobrepeso y la obesidad, como si no fueran parte de un mismo proceso socio-histórico aun cuando las estadísticas demuestran lo contrario, aún más, cuando se ha demostrado que la política vincula las condiciones socio-históricas de las poblaciones. Por lo que no se enfrentan los problemas desde sus causas estructurales solo se presentan alternativas para incrementar el consumo, estructurar y alienar a una sociedad de consumo y no solucionar de fondo el hambre, generando más bien, un ambiente obesogénico con alimentos que contiene una carga química no conveniente para el adecuado funcionamiento biológico de las personas, desencadenando con el consumo habitual de estos alimentos diversos padecimientos que evidentemente repercuten no solo en la salud de manera cuantitativa sino en una nueva condición cualitativa que indudablemente impacta en la dinámica social como el problema de la obesidad.

Además se demostró en la exploración de la propuesta que no hay una consideración integral entre una política social y la política de salud porque se omite la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, es decir, por intentar atender el derecho a la alimentación se vulnera el derecho a la salud y a la vida digna de las personas, al exponerles con la estrategia alimentaria del PAR a una condición de riesgo. Por lo que en los hechos en su estrategia alimentaria el Programa de Abasto Rural no integra la problemática de la obesidad en México; es así que la política social en México está descontextualizada de las problemáticas de salud como con el de la obesidad. Además, no se responde alimentariamente al mandato constitucional del artículo 4º en materia de salud ni al artículo 39 constitucional. La relación de la Política Social y la Salud.

Se demostró que en México no existe una consideración integral entre una política social y la política de salud porque a pesar de que existe:

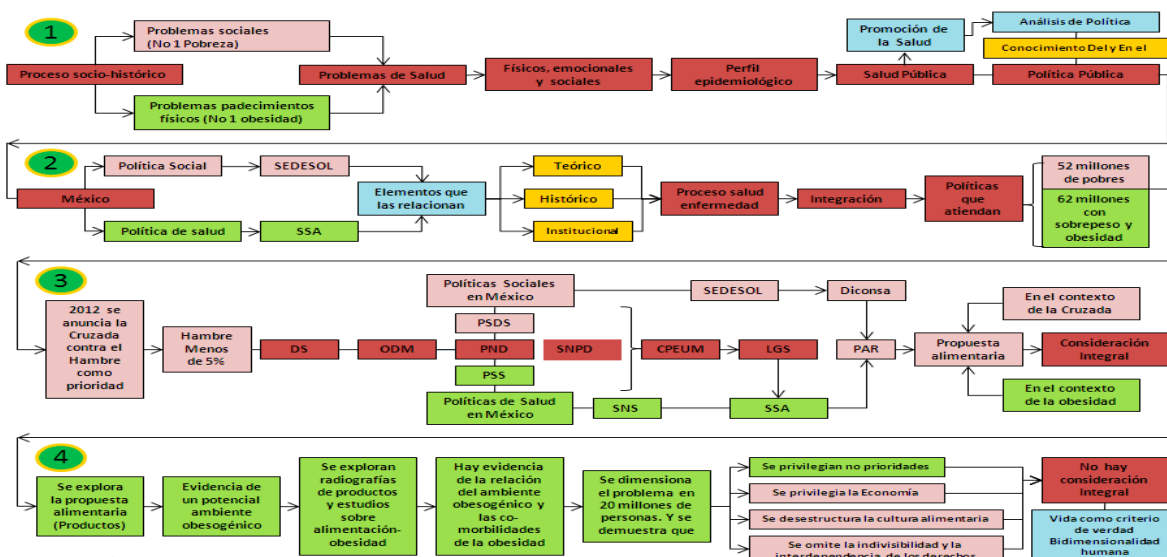
- I. Relación entre la Política Social y la Salud en tres dimensiones: institucional, teórica e histórica no se consideran en la práctica para la implementación de las políticas sociales.
- II. Las decisiones de las políticas sociales como la de la Cruzada contra el Hambre y el PAR no se toman en torno a la prioridad Pública.
- III. Las acciones que practican a través de la política social como en la cruzada y el PAR privilegian más la economía de terceros que la salud de poblaciones (pues generan ambiente obesogénico y consumista).
- IV. Se utilizan las estructuras institucionales como Diconsa, en este caso, más como instrumento político para ampliar el mercado y reproducir sobre las estructuras económicas estructuras culturales de alimentación obesogénica.
- V. El derecho humano a la vida y a la salud, se rezagan u olvidan en la política social mexicana en pro del supuesto ‘cumplimiento’ al derecho humano a la alimentación. Fruto de esto es; porque a la vez no se considera la bidimensionalidad humana.

PROSPECTIVA

Se queda como producto de la investigación el diagrama que ejemplifica como abordar un análisis de la política social y su relación con la salud en México. Mismo que se le describe su surgimiento: Toda situación humana se encuentra dentro de un determinado proceso socio-histórico, en donde se hallan inmersos problemas de salud en su bidimensión humana que generan un perfil epidemiológico determinado para cada sociedad llevándolo al nivel de incluirlo en la salud pública; donde la promoción de la salud como instrumento de ‘promoción de la vida’ diría yo, echa mano del conocimiento diría Laswel, del conocimiento de la política y en la política para entender y buscar solución a problemas humanos; donde la política pública juega la partida principal pues tomando la idea de Aguilar Villanueva las políticas son cursos de acción que determinan futuros. Por lo que uno de los caminos más importantes para la solución de problemáticas humanas es la vía política. Sin olvidar que lo más importante en este transitar que se proponga es el ser humano en dignidad; tomando la idea vitalista de Dussel porque el ser humano es el hecho originante de todo lo culturalmente conocido. Donde la salud debe fortalecerse porque tiene una relación entre humanos; teórica, histórica e institucional; es decir porque se convive dentro de un proceso histórico de salud por lo que tiene que estar integradas y sobre todo en concordancia en general todas las políticas.

Por ejemplo en México, en teoría las políticas de salud vienen orientadas como parte de los derechos sociales (DS) a nivel mundial y como parte de las estrategias internacionales como los objetivos del Milenio (ODM); los cuales se retoman y planifican en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y en el Sistema Nacional de Planeación Democrática que guía acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. Además en la Constitución política (CPEUM) y en la Ley General de Salud (LGS) se externan artículos que fortalecen su intervención teórica para beneficio de las poblaciones por lo que, tanto las políticas sociales como las políticas de salud debiesen estar integradas en la práctica a través de sus instancias como la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Secretaría de Salud para lograr mejores resultados. Sin embargo en el punto 4 del diagrama se muestra por qué no hay tal integración; por las causas que ahí se expresan.

Exploración de la propuesta alimentaria de Diconsa en el contexto de la ‘Cruzada Contra el Hambre’ en México 2013-2014 y de la obesidad como principal problemática de Salud Pública en México



BIBLIOGRAFÍA

- ABBAS, Abul K., LICHTMAN, Andrew H, POBER, Jordan S, (2002), *Inmunología celular y molecular*, Traducción de Dr. Javier Gómez Aguirre, Dra. Elena de Terán Bleiberg. 4ª ed. 1ª reimposición España: McGRAW-HILL/interamericana de España, S.A.U.
- ABBAS, Abul K., FAUSTO, Nelson, KUMAR, Vinay, MITCHELL, Richard N., (2008), Robbins, *Patología humana*, 8ª ed. España: Elsevier España S.L.
- ACUERDO NACIONAL PARA LA SALUD ALIMENTARIA (ANSA), (2010), “Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad”. Primera edición, enero. México: Secretaría de Salud.
- AGRICULTURAL RESEARCH (ARS), (2007). "El potencial de pterostilbeno para mejorar la salud humana" ("Pterostilbene's Healthy Potential") La versión en inglés de fue publicada en la revista de Noviembre-Diciembre 2006. <http://www.ars.usda.gov/is/espanol/AR/archive/nov06/health1106.es.htm>
- AGUILAR VILLANUEVA, Luis F. (2007), *El estudio de las políticas públicas*, 1ª ed. 2ª reimposición. México: Porrúa.
- AGUILAR VILLANUEVA, Luis F., (2012), *Política pública*, 3ª ed. 2ª reimposición. México: BBAP.
- ALMA-ATA, URSS. (1978). “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”. 6-12 de septiembre de 1978; Documento en línea disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- ALMANZA BELTRÁN, Natividad, (2014), “La licenciatura en promoción de la salud en la UACM. Balance y perspectivas en un contexto de crisis”, Ponencia de seminario.
- ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. (2009). “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”. Revista Gerencia y Políticas de Salud, Junio-Diciembre, 69-79. Documento en línea disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009005>
- ANIMALPOLÍTICO. (2013). “Los-municipios de la cruzada, que tipo de hambre priorizamos”, México: Animal Político, informativo. Documento en línea disponible en: <http://www.animalpolitico.com/blogueros-el-blog-de-dhp/2013/08/19/los-municipios-de-la-cruzada-que-tipo-de-hambre-priorizamos/#ixzz31CfXJebr>
- ALIANZA POR LA SALUD ALIMENTARIA (2014). “Datos duros ‘dulce agonía’”. Abril 2014 págs. 1-4. Alianza por la salud alimentaria.org.
- ARANCETA BARTRINA, Javier, et. al, (2008), “Alimentación, consumo y salud”, Colección Estudios Sociales Núm. 24. Edición electrónica disponible en Internet: www.laCaixa.es/ObraSocial. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- ARENAS MARQUEZ, Humberto, ANAYA PRADO, Roberto, (2007), “Nutrición enteral y parental, 1ª edición, México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- ARROYO VÁZQUEZ, María Luz. (2001). “Industria y trabajo en el New Deal de Franklin D. Roosevelt a través de la prensa española, 1932-1936”, tesis de doctorado, Madrid: Facultad de Filología/ Universidad Complutense de Madrid.
- ÁVILA CURIEL, Abelardo, FLORES SÁNCHEZ, Jesús, RANGEL FAZ, Gabriela, (2011), “La política alimentaria en México”, colección: Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y la Soberanía Alimentaria. Noviembre de 2011. México: Cámara de Diputados, LXI Legislatura / Congreso de la Unión.
- ÁVILA CURIEL, Abelardo, BOLTVINIK KALINKA, Julio, (2012), “Canasta Normativa Alimentaria Para el Distrito Federal (CNA-DF)”, en Consejo de Evaluación del

- Desarrollo Social del Distrito Federal (EVALUA DF), 15 de mayo de 2014, México: EVALUA DF. Documento en línea disponible en: www.evaluadf.gdf
- AZUARA HERRERA, Oliver. (2013). “Cruzada Nacional Contra el Hambre: dudas y preocupaciones”. Centro de Análisis de Políticas Públicas (MÉXICO EVALÚA). Documento en línea disponible en: www.mexicoevalua.org
- BACA MILLÁN, Arturo, BELMAN MARTÍNEZ, Ricardo A., GUTIÉRREZ LANDEROS Alida Marcela, (2012). Meta evaluación 2007-2012 del Programa de Abasto Rural a cargo de DICONSA S.A. de C.V. Informe Final. Universidad Autónoma de Chiapas. Centro Universidad – Empresa. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 23 de Octubre de 2012.
- BADUI DERGAL, Salvador, (2006), “*Química de los alimentos*”. Cuarta edición. México: PEARSON Educación.
- BARONA, de Infante Nohemy y ALVAREZ, Lugardo. (S/F), “Relación entre Ciencias Sociales y Salud. El Proceso de Salud-Enfermedad: Un Fenómeno Social* págs. 100-110. Documento en línea disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-001.pdf>
- BARQUERA, S., RIVERA DOMMARCO, J, GASCA GARCÍA, A. (2001). “Políticas y programas de alimentación y nutrición en México”. *Salud Pública México* 2001; 43: 464-477. Documento en línea disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- BARQUERA, Simón (2013), “El costo de la obesidad en México, IV Simposio: Problemas Globales de Salud de Impacto Local. Instituto Nacional de de Salud Pública (INSP).
- BAUMAN, Zygmunt, (2007), *Vida de consumo*. Traducción de Mirta Rosenberg y Jaime Arrambide. 1ª ed. en español. México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- BERRAONDO, Mikel, et al. (2012), *Diccionario crítico de empresas transnacionales*, Bilbao y Madrid: Icaria y Antrazyt.
- BLANCO GIL, José, et al. (2011), *La salud en México, núm.15 de Pensar el futuro de México*, 1ª ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- BLEDA GARCÍA, José María. (2005). “Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad”. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*, 149-160. Documento en línea disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322127617008>
- BOURDIEU, Pierre, (2007), *El sentido práctico*. Traducción de Ariel Dilon, Revisión de la traducción Pablo Tovillas. 1ª ed. Argentina: Siglo XXI editores.
- BRAUNE WIIK, Flávio, JEAN LANGDON, Esther, (2010), “Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud”, *Rev. Latino Am. Enfermagem*, 18(3):, mai.-jun. 2010, Universidade Estadual de Londrina. Centro de Letras e Ciências Humanas. Departamento de Ciências Sociais, Campus Universitário. Londrina, PR, Brasil. www.eerp.usp.br/rlae
- BREILH, Jaime. (2010). “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva*, Enero-Abril, 83-101.
- BRUNTON, Laurence L., LAZO, John S., PARKER, Keith L., (2007), *Goodman & Gilman, las bases farmacológicas de la terapéutica*, 11ª ed. En español. Traducción de Dr. José Rafael Blengio Pinto, Dr. Jorge Orizaga Samperio, Dra. Ana María Pérez Tamayo. China: McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- CALIFORNIA GOVERMENT (Ca.gov), (2013), “Propuesta 65”, USA: Ca.gov. Documento en línea disponible en: http://www.oehha.ca.gov/prop65/prop65_list/files/P65list052413.xls&usg=ALkJrhhKWdEs-06vrSmuC4JdWJII9pgelw
- CALIFORNIA GOVERMENT (Ca.gov), (2014), “El MEI -4 y sus efectos en la salud”, oehha.ca.gov, 2014. http://oehha.ca.gov/public_info/facts/4MEIfacts_021012.html

- CARDOSO VARGAS, Hugo Arturo. (2006). “El origen del neoliberalismo: tres perspectivas”. Espacios Públicos. 176-193. Documento en línea disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67601812>
- CARTA DE OTTAWA. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS. Documento en línea disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- CENTRO DE DERECHOS HUMANOS “FRAY FRANCISCO DE VITORIA OP”, A.C., (2013), “Manual de exigibilidad del derecho humano a la alimentación, 1ª ed. México: Creativa impresores.
- CERDA GARCÍA, et al. (2003). “Los conflictos de la investigación en promoción de la salud”. No. 14 - 15; Nueva Época, Año 8, junio - diciembre de 2003. Págs. 69-79. Documento en línea disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=1788&archivo=4-108-1788bpe.pdf&titulo=Los%20conflictos%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud
- COMEXFARMA, (2010), “Atlas de información al paciente, Medicina General”. Edición 2010-2011, actualidades innovaciones en medicina. Comexfarma S.C., AIM y Mardeno Inc.
- COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL (CDHDF), (2011), *Manual para el servicio público, El derecho a la salud como un derecho humano: calidad y equidad en atención a la población. Guía de autoestudio*. Primera ed. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- CONSEJO MEXICANO DE LA INDUSTRIA DE PRODUCTOS DE CONSUMO, A.C. (Conmexico), (2013). www.conmexico
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL), (2011), “Pobreza en México y en las entidades federativas 2008-2010”, México: CONEVAL. Documento en línea disponible en: www.coneval.gob.mx julio de 2013.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL), (2012), “Construcción de la Líneas de Bienestar”. Documento metodológico, México, D.F.: CONEVAL.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL), (2012 b), “Avances y Retos de la Política de Desarrollo Social en México 2012”. México, D.F.: CONEVAL.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL), (2013), “Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013, Valoración de la información de desempeño presentada por el programa: Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V. (DICONSA). México: CONEVAL. Documento en línea disponible en: www.coneval.gob.mx marzo de 2014.
- DÁVALOS, Pablo. (2008). “Neoliberalismo político y ‘Estado social de derecho’”, Documento en línea disponible en: <http://alainet.org/active/24785&lang=es> y en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/J/Escritorio/NeoliberalismoyEstadosocialderecho.pdf>
- DE LA FUENTE, Juan Ramón, et al. (2001), *La medición de la salud a través de indicadores*, 1ª ED. México: Siglo XXI, Facultad de medicina UNAM.
- DE REGIL, Miriam, (2014). Controversia en el DF por la Cruzada Nacional Contra el Hambre. El financiero, artículo 09/03/2014. México, en: <http://www.elfinanciero.com.mx/sociedad/controversia-en-el-df-por-la-cruzada-nacional-contra-el-hambre.html>

- DERRICKSON, Bryan, TORTORA, Gerad J., (2010), *Principios de anatomía y fisiología*, 11ª ed. China: Editorial Medica Panamericana.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF), (2011), “ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a Cargo de Diconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2012.”, México: DOF. Documento en línea disponible en: <http://dof.gob.mx/>, 25 de febrero de 2013.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF), (2013), “ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a Cargo de Diconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2013.”, México: DOF. Documento en línea disponible en: <http://dof.gob.mx/>, 25 de febrero de 2013.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF), (2013 a), “Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre”, México: DOF. Documento en línea disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285363&fecha=22/01/2013 22 de enero de 2013.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF), (2013 b), “Decreto por el que se establece la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación”, México: DOF. Documento en línea disponible en: <http://dof.gob.mx/> 22 de enero de 2013.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF), (2013 c). ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2014. Secretaría de Desarrollo Social. México: DOF. Documento en línea disponible en: <http://dof.gob.mx/>, 25 de mayo de 2014.
- DUSSEL, Enrique, (1991), *La producción teórica de Marx, un comentario a los Grundrisse*, 2ª ed. México: Siglo XXI editores.
- DUSSEL, Enrique, (1996), *Filosofía de la liberación*, 4ª ed. corregida. Bogotá: Editorial Nueva América.
- DUSSEL, Enrique. (2001). “La “vida humana” como “criterio de verdad”. Devenires II, 4, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa 223-232.
- DUSSEL, Enrique, (2010), *20 tesis de política*, 1ª ed. 3ª reimpresión. México: Siglo XXI editores, Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe (CREFAL).
- DUSSEL, Enrique, (2014), *16 tesis de economía política, interpretación filosófica*, 1ª ed. México: Siglo XXI editores.
- ECHEVERRÍA, BOLÍVAR, (1984), La “forma natural” de la reproducción social, Cuadernos Políticos, número 41, editorial Era, julio-diciembre de 1984, pp. 33-46. México, D. F.
- EDITORIAL TAURUS, (2014), “El precio de la desigualdad”, España: Taurus. Santillana Ediciones Generales S.L. Artículo en línea disponible en: <http://www.editorialtaurus.com/es/libro/el-precio-de-la-desigualdad/> 11 de diciembre de 2013.
- ENCISO L. Angélica, (2013). Nueva canasta básica de Diconsa no incluye frutas y verduras frescas, Periódico La Jornada, Lunes 16 de diciembre de 2013, p. 44. <http://www.jornada.unam.mx/2013/12/16/sociedad/044n1soc>
- ELIZALDE HEVIA, Antonio, MARTÍ VILAR, Manuel, MARTÍNEZ SALVÁ, Francisco A. (2006), Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, vol. 5, núm. 15. Universidad Bolivariana Chile.
- EL PODER DEL CONSUMIDOR, (2014 a), “Análisis de productos radiografía”, México: El poder del consumidor.org. Artículo en línea disponible en: <http://elpoderdelconsumidor.org/analisisdeproductos/radiografia-de-coca-cola-600-ml/>

- EL PODER DEL CONSUMIDOR, (2014 b), “Análisis de productos radiografía, nito”, México: El poder del consumidor.org. Artículo en línea disponible en: <http://elpoderdelconsumidor.org/radigrafias>
- EL PODER DEL CONSUMIDOR, (2014 c), “Ojo con las frituras y botanas de harina de trigo y/o maíz”, México: El poder del consumidor.org. Artículo en línea disponible en: <http://elpoderdelconsumidor.org/analisisdeproductos/reporte-sobre-frituras-y-botanas-de-harina-de-trigo-yo-maiz/>
- EL PODER DEL CONSUMIDOR, (2014 d), “Salud nutricional, por alimentos y bebidas sin colorantes”, México: El poder del consumidor.org. Artículo en línea disponible en: <http://elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/por-alimentos-y-bebidas-sincolorantes/>
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (ENSANUT), (2012). “Resultados nacionales”. Primera ed., 2012. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- ENGELS, Friedrich, (1884), *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*, 4ª ed. Moscú: Editorial Progreso.
- ESLAVA-CASTAÑEDA, Juan C., (2006), Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Revista de Salud Pública, Volumen 8 (Suplemento 2), Noviembre: 106-115.
- FASOLI, Liliana C. (2007), “El hombre como sistema termodinámico”, Termodinámica e Introducción a la Bioenergética. Física Biológica Ciclo 2007. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Odontología.
- FAUX, Jeff, (2008), *La guerra global de clases, Cómo nos robaron el futuro las élites de los Estados Unidos, Canadá y México y qué hacer para recuperarlo*. Traducción Pilar Castro Gómez, 1ª ed. En español, México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).
- FEO, Oscar. (2008). “Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública”. Comentarios sobre la experiencia venezolana volumen 3, número 4, noviembre 2008, Medicina Social. Documento en línea disponible en: www.medicinasocial.info
- FROSINI, Vittorio, (1997), *Derechos humanos y bioética*, Traducción de Jorge Guerrero, Santa Fe de Bogotá: Editorial Temis S.A.
- GAMBOA MONTEJANO, Claudia, (2013), “‘Cruzada Contra el Hambre’. Análisis Teórico Conceptual, de Marco Jurídico, Políticas Públicas, Derecho Comparado y de Opiniones Especializadas. México: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Análisis de Política Interior, Cámara de Diputados LXII Legislatura.
- GARCÍA GIMÉNEZ, José Luis. (2012). “Epigenética, la gramática del código genético”. Revista de divulgación científica. The Journal of Feelsynapsis (JoF); No. 4; mayo 2012. pág. 34-37.
- GARCÍA VIVEROS, Mariano, et al. (2004), *Salud Comunitaria y Promoción de la Salud*, 1ª ed. México: Universidad de la Ciudad de México (UCM).
- GONZÁLEZ, Carlos Luis, GUERRERO, Rodrigo V., MEDINA, Ernesto, (1981), *Epidemiología*, USA: Fondo Educativo Interamericano, S.A.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Norma, ÁNGELES CONSTANTINO, Martha Isabel. (2009). “Apuntes para repensar la ‘teoría de la transición epidemiológica’ y su importancia para el diseño de políticas públicas”. Espacios Públicos, vol. 12, núm. 25, 2009, pp. 151-162. Documento en línea disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67611350009.pdf>
- GONZÁLEZ HERNADEZ, Sandra Yvette, (2009), “Alimentos anticancerígenos como coadyuvantes en la prevención del cáncer, Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México.

- GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Javier Alejandro, (2010), “Inconstitucionalidad de las normas oficiales mexicanas (Violación a la facultad reglamentaria reservada al Titular del Poder ejecutivo”. Revista jurídica Jalisciense, Núm. 1/2010. Págs. 97-123.
- GORDON M, Wardlaw, (2008), *Perspectivas sobre nutrición*, 4ª ed. España: Paidotribo.
- GUINSBERG, Enrique, (2006), *Publicidad manipulación para la reproducción*, 1ª ed. 1ª reimpresión. México: Plaza y Valdés- Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- GUTIÉRREZ JP, et al, (2012), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012”. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- HERNÁNDEZ-ÁVILA M., (2012), “*Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- HERNÁNDEZ ÁVILA, Mauricio, et al. (2012), *Obesidad en México, Recomendaciones para una política de Estado*, 1ª ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- HERNÁNDEZ DE VALLE-ARIZPE, Claudia, (2009), *Porque siempre importa, de comida y cultura*, 1ª ed. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos, PILAR BAPTISTA, Lucio, (1997), *Metodología de la investigación*, Colombia: MCGRAW-HILL.
- ÍNDICE GLOBAL DEL HAMBRE, (2012), “El desafío del hambre: garantizar la seguridad alimentaria sostenible en situaciones de penuria de tierras, agua y energía”. Octubre de 2012. IFPRI (Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias), Concern Worldwide, Welthungerhilfe y Green Scenery. Bonn, Washington, Dublín.
- INSTITUTO NACIONAL DE ECONOMIA GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI), (2010), “Censo de población y vivienda 2010”, México: INEGI. Información en línea disponible en: [http://www.inegi.org.mx/ censo de población y vivienda 2010](http://www.inegi.org.mx/censo de población y vivienda 2010).
- INSTITUTO NACIONAL DE ECONOMIA GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI), (2014), “Estadísticas”, México: INEGI. Información en línea disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>
- INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (INNSZ), Departamento de Nutrición Aplicada y Educación Nutricional, (2010 a), “Análisis químico de marcas comerciales de sopas de pasta instantánea, con el objeto de identificar los principales nutrimentos para una mejor opción en términos de contenido nutricional y precio y alternativa original de sopa de pasta instantánea enriquecida y fortificada, Asesoría Técnica para Incrementar el Impacto Nutricional en la Población Beneficiaria del Programa de Abasto Rural, a Cargo de Diconsa, S.A. De C.V.” (Parte 3), México: INNSZ. Documento en línea disponible en: <http://www.diconsa.gob.mx/index.php/transparencia/estudios-y-opiniones.html>
- INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (INNSZ), Departamento de Nutrición Aplicada y Educación Nutricional, (2010 b), “Revisión y Propuesta de Modificación de los productos que integran la canasta básica Diconsa con el objeto de potenciar su impacto nutricional desde la perspectiva de respeto a los hábitos alimenticios de la población atendida por las tiendas comunitarias de Diconsa, Asesoría Técnica para Incrementar el Impacto Nutricional en la Población Beneficiaria del Programa de Abasto Rural, a Cargo de Diconsa, S.A. De C.V.” (Parte 1), México: INNSZ. Documento en línea disponible en: <http://www.diconsa.gob.mx/index.php/transparencia/estudios-y-opiniones.html>
- INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (INNSZ), Departamento de Nutrición Aplicada y Educación Nutricional, (2010 c), “Verificación del contenido nutricional de acuerdo a las fórmulas respectivamente especificadas para la harina de maíz >mi masa< y la pasta para sopa >mi sopa<, a través del análisis químico de muestras que se comercializan en las distintas sucursales y/o unidades operativas de DICONSA, Asesoría Técnica para

- Incrementar el Impacto Nutricional en la Población Beneficiaria del Programa de Abasto Rural, a Cargo de Diconsa, S.A. De C.V.” (Parte 2), México: INNSZ. Documento en línea disponible en: <http://www.diconsa.gob.mx/index.php/transparencia/estudios-y-opiniones.html>
- INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD (NIH), (2013), “Aditivos alimenticios”, USA: NIH. Documento en línea disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002435.htm> 17 de marzo de 2014.
- INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD (NIH), (2013a), “Vitaminas”, USA: NIH. Documento en línea disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002399.htm> 27 de marzo de 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP), (2014), “Más de 70 millones con problemas de sobrepeso u obesidad”, México: INSP. Documento en línea disponible en: <http://insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/270-mas-de-70-millones-con-problemas-de-sobrepeso-u-obesidad.html>, 21 de abril de 2014.
- JARAMILLO NAVARRETE, Eduardo. (2013). “Los Elementos y Bases para la Integración de la Política de Salud en los DSS en México. Exposición en el ‘Congreso Internacional de Promoción de la Salud’ Informe sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Por Jaramillo Navarrete Eduardo, Director General de Promoción de la Salud. Noviembre, 2013, Hermosillo, Sonora. Documento en línea disponible en: http://www.cips.mx/pdf/conclusiones_OMS/Dr.Eduardo_Jaramillo.pdf
- KLAASSEN, Curtis D., WATKINS III, John B., (2005), *Fundamentos de toxicología*, México: MCGRAW-HILL/interamericana de España, S.A.U.
- KROLL, Luisa. (2013). “Inside The 2013 Billionaires List: Facts and Figures. The names, numbers and stories behind the 1,426 people who control the world economy”, en Forbes, 04/03/2013, USA: Forbes Staff. Artículo en línea disponible en <http://www.forbes.com/sites/luisakroll/2013/03/04/inside-the-2013-billionaires-list-facts-and-figures/>
- KURI MORALES, Pablo, (2013). “Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes”, Secretaría de Salud (SSA). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Agosto 22, 2013.
- LA JORNADA, (2010), Reconocimiento de la UNESCO, Comida mexicana, patrimonio inmaterial de la humanidad; Miércoles 17 de noviembre de 2010, p. 2. México: Periódico La Jornada.
- LAURELL, A.C. (1982). "La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud 1(2): 7-25. ** (Reeditado en: E. Nunes (ed): Medicina Social: aspectos históricos y teóricos, Global Ed, Sao Paulo, (1983). Documento en línea disponible en: Laurell, Asa.Cristina. com.
- LOPEZ KING, Arturo, (2009), “El factor Lula: Sus motivos y la implementación del programa ‘Hambre Cero. Tesis de Maestría, México: Universidad Autónoma Nacional de México (UNAM).
- MARCUSE, Hebert, (2001), *El hombre unidimensional, Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*. Traducción de Antonio Elorza, 2ª ed., 5ª reimpresión. España: Editorial Ariel, S.A.
- MÉNDEZ MORALES, José Silvestre, (s/f), “El neoliberalismo en México: ¿éxito o fracaso?”, Biblioteca Jurídica UNAM.
- MORIN, Edgar, (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- MORIN, Edgar, (2009), *El método 3. El conocimiento del conocimiento*, 6ª ed. España: Cátedra.

- NATIONAL GEOGRAPHIC, (2014). En español, septiembre 2014, vol. 35 Núm. 3. Revista Oficial de NG Society. Editorial Televisa, Televisa Publishing International.
- OLMEDO CARRANZA, Bernardo, (1986), “Capital transnacional y consumo, el caso del sistema agroalimentario en México”, 1ª edición, Instituto de Investigaciones Económicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU), (2010), “Derechos Humanos, El derecho a la alimentación adecuada”, Folleto informativo N° 34, 1ª ed. United Nations, Geneva: United Nations. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO), (2012), El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2012. Anexo 2 Actualización y revisión de la metodología de la FAO para la evaluación de la inseguridad alimentaria. Un resumen de los cambios y sus resultados.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO), FIDA y PMA (2012), El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2012. El crecimiento económico es necesario pero no suficiente para acelerar la reducción del hambre y la malnutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), del Programa Mundial de Alimentos (PMA) o del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), Roma, FAO.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO), (2014), “Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y en Caribe 2013. Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los objetivos del milenio”. Documento en línea disponible en: <http://www.fao.org/>. 11 de mayo de 2014.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2000), “Quinta conferencia mundial de promoción de la salud 2000, Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. Documento disponible en línea en: <http://www.who.int/hpr/conferencia>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2003), Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas, Serie de Informes Técnicos 916, Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO”. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Documento en línea disponible en: <http://www.who.int/>, 20 de mayo de 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2013 a), “10 datos sobre la obesidad, Cifras y datos: 10 datos sobre la obesidad”. Documento en línea disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>, 20 de mayo de 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2013 e), “Conceptos clave, ¿En qué consiste la equidad sanitaria en el conjunto de las políticas?”. Documento en línea disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/index.html, 21 de diciembre de 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2013 c), “Conceptos clave, Gradientes sociales”. Documento en línea disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/index.html, 21 de diciembre de 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2013 d), “Determinantes sociales de la salud”. Documento en línea disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/, 21 de diciembre de 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2013 b), “Nutrición. El departamento de nutrición”. Documento en línea disponible en: www.who.int/nutrition/about_us/es/, 20 de mayo de 2013.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2013 f), “Preguntas más frecuentes”. Documento en línea disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>, 21 de diciembre de 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2013 g), “Estadísticas sanitarias mundiales 2013”, ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. Documento en línea disponible en: <http://www.who.int/>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), (2014 a), “Acerca de la OMS, La agenda de la OMS”. Documento en línea disponible en: <http://www.who.int/about/agenda/es/1>, 21 de mayo de 2014.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), (2013 a), “La Carta de Ottawa y la Comisión sobre los Determinantes”. Documento en línea disponible en: http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com_catalog&view=article&id=12%3Aottawa-charter-and-the-who-commission-on-social-determinants-of-health&catid=8%3Arecources&lang=es, 21 de diciembre de 2013.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), (2013 b), “Temas de salud, Obesidad”, México: OPS. Documento en línea disponible en: http://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=/search%3Fq%3Dpaho%26biw%3D1280%26bih%3D923&rurl=translate.google.com.mx&sl=en&u=http://new.paho.org/mex/index.php%3Foption%3Dcom_content%26view%3Dcategory%26sectionid%3D96%26id%3D824%26Itemid%3D338&usg, 20 de mayo de 2013.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), (2014), Políticas de Salud en México. Documento en línea disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=201&Itemid=311
- PACHECO LEAL, Daniel, (2009), *Bioquímica médica*, Primera edición. México: LIMUSA.
- PACTO POR MÉXICO, (2013). Documento en línea disponible en: [www.pactopormexico](http://www.pactopormexico.org/)
- PEÑA, Antonio, (2001), *Qué es el metabolismo*, La ciencia para todos 184. 1ª ed. México: FCE, SEP, CONACYT.
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018 (PND), (2013), Gobierno de la República; de los Estados Unidos Mexicanos.
- PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS (PMA), (2013 a), “El hambre. El hambre en el mundo”. Documento en línea disponible en: <http://es.wfp.org/hambre/el-hambre>, 11 de diciembre de 2013.
- PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018, (PSS), (2013), Documento disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=200:indicadores-basicos-mexico-2000-2010&catid=780:la-salud-de-mxico-en-cifras&Itemid=310
- PROMÉXICO, INVERSIÓN Y COMERCIO. (2012). “Industria de alimentos procesados”, Unidad de Inteligencia de Negocios 2012, primera ed., México: ProMéxico.
- QUINTANA SALINAS, Margot Rosario. (2013). “Comida Chatarra” y alimentación saludable: definiciones, composición, diferencias, ventajas, fuentes”, XII Jornadas Científicas Sanfernandinas XV Jornadas de Investigación en Salud XXII Jornadas Sanfernandinas Estudiantiles. Dpto. Académico de Nutrición. Centro de Investigación de Bioquímica y Nutrición. Facultad de medicina San Fernando UNMSM. Documento en línea disponible en: <http://medicina.unmsm.edu.pe/bioquimica/jornadas%202013/Dra.%20Margot%20Comida%20chatarra%20y%20alimentos%20salud%20Simposio.pdf>
- RESTREPO, Helena E., et al., (2002), *Promoción de la Salud, como construir una vida saludable*, Primera reimpresión. Colombia: Editorial Medica Panamericana.
- RIZZO, Nadia. (2012). “Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual. Sociológica”. (México), 27(77), 281-297. Documento en línea

- disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732012000300009&lng=es&tlng=es.
- RODRIGUEZ ARNAIZ, Rosario, (2003), *Las toxinas ambientales y sus efectos genéticos*, *La ciencia para todos* 124. 4ª ed. México: FCE, SEP, CONACYT.
- RODRÍGUEZ DORANTES, Mauricio, et al. (2004). “Metilación del ADN: un fenómeno epigenético de importancia médica”, en *Revista de investigación clínica*, 56(1), 56-71. Documento en línea disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000100010&lng=es&tlng=es.
- ROMÁ MATEO, Carlos. (2014). “Epigenética, mucho más que genes”. Asociación de divulgación científica de la región de Murcia (ADCMurcia) 30 de enero de 2014. Artículo en línea disponible en: <http://murciadivulga.com/2014/01/30/mucho-mas-que-genes/>
- RUTTY, Christopher, SULLIVAN, Sue C., (2010), *Esto es salud pública: una historia canadiense*, 1ª ed. Canadá: Asociación Canadiense de Salud Pública (ACSP).
- SANDOVAL Areli y DELAPLACE Domitille. (2007). Por una vida digna en la Ciudad de México. Coedición con DECA, Equipo Pueblo, A. C. 2a ed., México, 2007, 16 pp. (1a ed., México, 2004) CDHDF. ISBN: 970-765-039-8. Documento en línea disponible en: http://piensadh.cd hdf.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=258&Itemid=539
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL), (2013). Primer Informe Trimestral 2013, Programas de subsidios del ramo administrativo 20, desarrollo social. Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano. Dirección general de seguimiento.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL), (2014), “convenios con empresas...anexar
- SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (STPS), Comisión Nacional de los Salarios mínimos, (2013), “Salario mínimo general promedio de los Estados Unidos Mexicanos”, México: SPTS. Documento en línea disponible en: www.stps.gob.mx, 20 de abril de 2014.
- SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL (SEDESA), (2013 a), “Evolución de las principales causas de defunción Distrito Federal 1950-2006”, México: SEDESA. Documento en línea disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/agenda/morta/index.html> 14 de junio de 2013.
- SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL (SEDESA), (2013 b), “Principales causas de mortalidad general del Distrito Federal 2000-2011”, México: SEDESA. Documento en línea disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=100&Itemid=28 14 de junio de 2013.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA), (2013 a), “Las 5 funciones de Promoción de la Salud”, México: SSA. Documento en línea disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html, 21 de diciembre de 2013.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA), (2013 b), “Promoción de la Salud”, México: SSA. Documento en línea disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>, 21 de diciembre de 2013.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA), (2013 c), “Programa Sectorial de Salud 2013-2018”, agosto de 2013.
- SIN HAMBRE Cruzada Nacional (SINHAMBRE), (2013), “Bitácora”, México: SINHAMBRE. Documento en línea disponible en: <http://sinhambre.gob.mx/#bitacora> 15 de marzo / 2013.

- SIN HAMBRE Cruzada Nacional (SINHAMBRE), (2014 a), “Informativo, Resultados”, México: SINHAMBRE. Documento en línea disponible en: <http://sinhambre.gob.mx/informativos/informativo-sinhambre-5/>
- SIN HAMBRE Cruzada Nacional (SINHAMBRE), (2014 b), “Informativo, Tarjeta”, México: SINHAMBRE. Documento en línea disponible en: <http://sinhambre.gob.mx/tarjeta-sin-hambre/>
- SISTEMA DE DISTRIBUIDORAS CONASUPO, S.A. DE C.V. (DICONSA), (2013), “DICONSA, Productos para la alimentación y nutrición (Diconsa).”, México: DICONSA. Documento en línea disponible en: <http://www.diconsa.gob.mx/> 1 de marzo de 2013.
- SISTEMA DE DISTRIBUIDORAS CONASUPO, S.A. DE C.V. (DICONSA), (2014 a), “Fortalece diconsa la atención del esquema de apoyo alimentario sinhambre en Oaxaca”, México: DICONSA. Documento en línea disponible en: <http://www.diconsa.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/566-fortalece-diconsa-la-atencion-del-esquema-de-apoyo-alimentario-sinhambre-en-oaxaca.html> 27 de marzo de 2014.
- SISTEMA DE DISTRIBUIDORAS CONASUPO, S.A. DE C.V. (DICONSA), (2014 b), “¿Qué es DICONSA?”, México: DICONSA. Documento en línea disponible en: <http://www.diconsa.gob.mx/index.php/conoce-diconsa/ique-es-diconsa.html> 27 de marzo de 2014.
- SISTEMA DE DISTRIBUIDORAS CONASUPO, S.A. DE C.V. (DICONSA), (2014 c), “¿Qué hacemos?”, México: DICONSA. Documento en línea disponible en: <http://www.diconsa.gob.mx/index.php/conoce-diconsa/ique-hacemos.html> 27 de marzo de 2014.
- SISTEMA DE DISTRIBUIDORAS CONASUPO, S.A. DE C.V. (DICONSA), (2014 d), “Historia de Diconsa”, México: DICONSA. Documento en línea disponible en: http://www.diconsa.gob.mx/index.php/licitaciones/menuopcbaseslicita/doc_details/54-bases-de-la-invitation-a-cuando-menos-tres-personas-inv120308-aut-m-.html
- SISTEMA DE DISTRIBUIDORAS CONASUPO, S.A. DE C.V. (DICONSA), (2014 d), “Abasto Rural / Diconsa”, México: DICONSA. Documento en línea disponible en http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Programa_de_Abasto_Rural_a_cargo_de_Diconsa
- SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, (2014), Objetivo 1, erradicar la pobreza extrema y el hambre. Documento en línea disponible en: [www.objetivos de desarrollo del milenio.org.mx](http://www.objetivosde desarrollo del milenio.org.mx)
- THERBORN et. al., (2003), *trama del neoliberalismo Mercado, crisis y exclusión social*, 1ª ed. Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- UNAR MUNGUÍA, Mishel. (2013). “Precios y gasto en alimentos y refresco asociados con sobrepeso-obesidad en mujeres adultas en México”. Seminario de la LIM Evaluación de Programas y Políticas de Salud. México; Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM). (2013). “El plato del bien comer”, México: Facultad de medicina UNAM, Departamento de salud pública. Documento en línea disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/30%20plato/>
- VALENCIA G., Pedro Luis. (2007), “Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad”. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [online]. 2007, vol.25, n.2, pp. 13-20. ISSN 0120-386X. Documento en línea disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v25n2/v25n2a03.pdf>
- VARGAS HERNÁNDEZ, José Gpe. (2007). “Liberalismo, Neoliberalismo, Postneoliberalismo”. Rev. Mad. N° 17, septiembre de 2007. Pp. 66-89

- VÁZQUEZ OLIVERA, Gabriela, (2012), *El viraje neoliberal de la política social y la búsqueda de alternativas en América Latina*, 1ª ed. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).
- VEGA FRANCO, Leopoldo, (2000 a), *Bases esenciales de la salud pública*. 16ª ed. México: La Prensa Medica Mexicana, S.A. de C.V.
- VEGA FRANCO, Leopoldo, (2000 b), *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México: El manual moderno-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- VILLAR AGUIRRE, Manuel. (2011). “Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención”. *Acta Médica Peruana*, Sin mes, 237-241. Documento en línea disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=96621053011>
- VILLORO, Luis, (2007), *El concepto de ideología y otros ensayos*, 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- YAGO, Franco. (2000). “Subjetividad: lo que el mercado se llevó (Una perspectiva desde el pensamiento de Cornelius Castoriadis)”. *Magma Revista de debate y crítica marxista*. Herramienta - Nro. 12, otoño de 2000, Buenos Aires. Documento en línea disponible en: <http://www.magma-net.com.ar/subjetividad.htm>;
- YUDKIN JOHN, (2007), “Enciclopedia de nutrición”, 1ª Edición. México: Trillas.

INSTRUMENTOS JURIDICOS:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (CPEUM), (2013). Reforma 08-10-2013.
 LEY GENERAL DE SALUD (LGS), (2013), Reforma DOF 24-04-2013.
 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.
 LA OBSERVACIÓN GENERAL 12 DEL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.
 PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC).

OTRAS FUENTES:

- BURGERKING MÉXICO, (2013), “Empresa”, México: Burgerking. Documento en línea disponible en: <http://www.burgerking.com.mx/empresa>;
- COCA-COLA MEXICO, (2014), “Historia”, México: Coca-Cola México. Documento en línea disponible en: <http://www.cocacolamexico>
- CUAUHTEMOC-MOCTEZUMA, (2013), “Esencia, línea del tiempo”, México: Cuauhtémoc-Moctezuma. Documento en línea disponible en: <http://www.cuamoc.com/es/esencia-cuauhtemoc-moctezuma/esencia-cuauhtemoc-moctezuma>;
- DANONE, (2013), “Historia”, México: Danone. Documento en línea disponible en: <http://www.danone.com.mx/compania.aspx?f=Comp%C3%B1a#Introducci3n>;
- GAMESA, (2013), “Historia”, México: Gamesa. Documento en línea disponible en: <http://www.gamesa.com.mx/historia/>;
- GRUPO BIMBO, (2013), “Herencia, línea del tiempo”, México: Grupo Bimbo. Documento en línea disponible en: <http://www.grupobimbo.com/es/grupobimbo/herencia/linea-de-tiempo.html>;
- GRUPO MODELO, (2013), “Historia”, México: Gmodelo. Documento en línea disponible en: http://www.gmodelo.mx/quienes_historia.jsp;
- JUMEX, (2013), “Sobre nosotros”, México: Jumex. Documento en línea disponible en: <http://www.jumex.com/index.php/es/sobre-nosotros>;
- MCDONALDS MÉXICO, (2013), “Empresa”, México: McDonalds. Documento en línea disponible en: <http://www.mcdonalds.com.mx/#>;
- NESTLE, (2013), “Acerca de”, México: Nestlé. Documento en línea disponible en: <http://www.nestle.com.mx/aboutus>;
- PEPSICO, (2013), “nuestra historia”, México: Pepsico. Documento en línea disponible en: <http://www.pepsico.com.mx/Company/Our-History.html>;
- SABRITAS, (2013), “Historia”, México: Sabritas. Documento en línea disponible en: <http://www.sabritas.com.mx/historia.php>;
- SIGMA-ALIMENTOS, (2013), “Información corporativa”, México: Sigma-Alimentos. Documento en línea disponible en: <http://www.sigma-alimentos.com.mx/#informacion-corporativa>;

ANEXOS

Anexo 1

Todas las marcas de frituras y botanas superan el porcentaje de Na⁺ recomendado

Marca	Contenido de Sodio 100g
Matracas Chicharrones de harina de trigo / 450 g	2673
Bokados Chicharrones de harina de trigo sabro chile y limón / 120g	2514
Sabritones Sabritas Fritura de harina de trigo con chile u sabor limón /310 g	2248
Productos Omar De harina de trigo, sal y limón / 25 piezas de 15g c/u	1946
Totis Natural Botanas de multigrano, trigo, avena y soya /85 g	1742
Bokados Ruedas Chicharrones de harina de trigo sabor queso y chile / 100g	1722
Totis Donitas Botanas de trigo, chile y limón /110 g	1532
Totis Chicharrones Botanas de trigo / 150 g	1453
Qué Totis Esponjaditos Cereal de maíz / 140 g	1350
Frituras Pijos Churritos / 25 piezas de 9 g c/u	1342
Productos Fritos Chicharrón de harina con chile y limón /150 g	1326
Del Carrito Frituras de harina de trigo con sal / 100 g	1146
Rancheritos Sabritas Totopos de maíz nixtamalizados con chile y especias / 220 g	1082
Del Carrito Chicharrones rin / 63 g	1029
Fritos Pijos Donitas con sal, frituras de harina de trigo / 375 g	1014
Crujitos Sabritas Frituras de harina de maíz nixtamalizado con sabor queso y chile / 130 g	962
Fritos Sabritas Frituras de maíz nixtamalizado con chile y sabor limón / 180 g	936
Arran Churritos Frituras de harina de maíz, trigo y soya, sabor chile y limón / 175 g	890
Runners Barcel Fritura de maíz con sabor salsa picante / 200 g	888
Churrumais Sabritas Fritura de harina de maíz nixtamalizado con chile y sabro limón / 200 g	811
Boka.chitos Horneados Cereal de maíz horneado sabor queso / 220 g	811
Bokaditas Frituras de harina de maíz sazonadas / 225 g	745
Quesabritas Sabritas Botanas de maíz horneado con sabor queso y chile, reducidas en grasa saturada / 170 g	733
Cheetos Torciditos Sabritas Frituras de cereal de maíz con sabor queso y chile, reducidas en grasa saturada / 270 g	667
Topitos Queso Bokados Tostadas de maíz enchilado sabor queso y chile / 160 g	625
Takis Original Barcel Pequeñas tortillas de maíz enrolladas y fritas sabor taco / 190 g	617
Doritos Nacho Recargados Sabritas Totopos de maíz nixtamalizado con chile y sabor queso / 265 g	513
Bokados Chirritos	492

Frituras de harina de maíz sabor chile y limón / 225 g	
Cazares Fritura de harian de maíz / 155 g	453
Tostachos Barcel Totopos de maíz con sal / 500 g	426

Contenido de Sodio en miligramos en 100g de producto. Fuente: Profeco. Según: El poder del consumidor, 2014 c.

Anexo 2

Todas las marcas de frituras y botanas superan el porcentaje de lípidos recomendado

Marca	% de grasa total del producto
Boka.chitos Horneados Cereal de maíz horneado sabor queso / 220 g	59%
Quesabritas Sabritas Botanas de maíz horneado con sabor queso y chile, reducidas en grasa saturada / 170 g	59%
Cheetos Torciditos Sabritas Frituras de cereal de maíz con sabor queso y chile, reducidas en grasa saturada / 270 g	59%
Runners Barcel Fritura de maíz con sabor salsa picante / 200 g	59%
Fritos Sabritas Frituras de maíz nixtamalizado con chile y sabor limón / 180 g	57%
Qué Totis Esponjaditos Cereal de maíz / 140 g	57%
Churrumais Sabritas Fritura de harina de maíz nixtamalizado con chile y sabor limón / 200 g	52%
Cazares Fritura de harian de maíz / 155 g	51%
Totis Donitas Botanas de trigo, chile y limón /110 g	50%
Bokados Ruedas Chicharrones de harina de trigo sabor queso y chile / 100g	50%
Bokaditas Frituras de harina de maíz sazonadas / 225 g	50%
Matracas Chicharrones de harina de trigo / 450 g	50%
Bokados Chirritos Frituras de harina de maíz sabor chile y limón / 225 g	49%
Topitos Queso Bokados Tostadas de maíz enchilado sabor queso y chile / 160 g	47%
Fritos Pijos Donitas con sal, frituras de harina de trigo / 375 g	47%
Doritos Nacho Recargados Sabritas Totopos de maíz nixtamalizado con chile y sabor queso / 265 g	46%
Del Carrito Frituras de harina de trigo con sal / 100 g	46%
Rancheritos Sabritas Totopos de maíz nixtamalizados con chile y especias / 220 g	46%
Del Carrito Chicharrones rin / 63 g	46%
Crujitos Sabritas Frituras de harina de maíz nixtamalizado con sabor queso y chile / 130 g	46%
Arran Churritos Frituras de harina de maíz, trigo y soya, sabor chile y limón / 175 g	46%
Bokados Chicharrones de harina de trigo sabor chile y limón / 120g	45%
Frituras Pijos Churritos / 25 piezas de 9 g c/u	45%
Tostachos Barcel Totopos de maíz con sal / 500 g	43%

Productos Fritos Chicharrón de harina con chile y limón /150 g	43%
Totis Natural Botanas de multigrano, trigo, avena y soya /85 g	42%
Takis Original Barcel Pequeñas tortillas de maíz enrolladas y fritas sabor taco / 190 g	41%
Totis Chicharrones Botanas de trigo / 150 g	37%
Sabritones Sabritas Fritura de harina de trigo con chile u sabor limón /310 g	35%
Productos Omar De harina de trigo, sal y limón / 25 piezas de 15g c/u	30%

Porcentaje de grasa en producto. Fuente: Profeco. Según: El poder del consumidor, 2014 c.

Anexo 3

Colorantes en productos que se venden en escuelas

Producto	Tipo de colorante presente
Galletas, pastelillos, confites y postres	
Mi Barrita piña 26.5 g	Amarillo 5 Rojo 40
Mi Sponge 30 g	Amarillo 5 Rojo 40 (se mencionan tres veces)
Mi Bran Frut 32 g	Amarillo 5 Rojo 40
Pulpa Toon 35 g	Azúl brillante
Tama Roca 20 g	Rojo allura
Choco Krispies 30 g	Rojo allura Amarillo ocaso Tartrazina Azúl brillante
Froot Loops cereal 25 g	Rojo 40 Azúl brillante
Galletas Arcoiris 28 g	Amarillo 5 y 6 Azúl 1 Rojo 40
Paleta Payaso 25 g	Rojo allura Azúl brillante
Submarinos fresa 35 g	Amarillo 5 Rojo allura Azúl 1
Gomilocas 45 g	Rojo allura Amarillo 5 y 6 Azúl 1
Silueta de Bran Frut 22 g	Rojo allura Amarillo 6
Panditas 50 g	Rojo allura Tartrazina Amarillo ocaso Azúl brillante
NutriGrain piña 38 g	Amarillo 5 y 6 Benzoato de sodio
ChocoRoles 67 g	Amarillo 5 y 6 Rojo 40
Malvaviscos de la Rosa 28 g	Rojo allura Amarillo ocaso Azúl brillante Tartrazina
Gelatina Dany fresa 125 g	Rojo allura Amarillo 5

Yogurts y alimentos lácteos	
Dan Up fresa 250 ml	Rojo allura Tartrazina Azúl brillante
Yogurt Danone con cereal fresa 143 g	Colorante ponceau 4R Tartrazina
Botanas saladas	
Cheetos 18 g	Amarillo ocase Tartrazina Rojo allura
Totis 12 g	Amarillo 6
Chipotles 25 g	Tartrazina Rojo 40 Azúl brillante Amarillo 6
Ruffles queso 18 g	Tartrazina Amarillo ocase
Sun Chips 28 g	Tartrazina Rojo allura
Twistos horneados 25 g	Azúl brillante Rojo allura Caramelo IV
Nutritas chiles rojos 35 g	Tartrazina
Jugos y néctares	
Boing manzana 250 ml	Tartrazina Rojo allura Azúl brillante Benzoato de sodio Sorbato de potasio Saborizante artificial
Bonafont con extracto de jamaica 200 ml	caramelo IV Rojo allura Azúl brillante Benzoato de sodio
Be Light 200 ml	Aspartame Asesulfame K Rojo allura Caramelo IV Azúl brillante

Otros productos a la venta en escuelas

Producto	Tipo de colorante presente
Lucas pelucas 28 g	Rojo allura
Lucas pelucas 25 g	Rojo allura
Lucas bomvaso 30 g	Rojo allura Azúl brillante 1 y 2 Amarillo ocase Tartrazina
Halls miel y fresa 34 g c/u	Rojo allura Tartrazina
Mini Takis 35 g	Amarillo ocase Rojo allura Azúl brillante
Froot Loops barra 18 g	Rojo allura Azúl brillante

Fuente: El poder del consumidor, 2014 d.

Anexo 4

Colorantes en productos de consumo cotidiano

Producto	Tipo de colorante presente
Puré de tomate Del Fuerte	Rojo allura Glutamato monosódico
Botana mixta Barcel	Rojo allura Tartrazina
Complemento alimenticio para bebés de seis a 24 meses	Tartrazina Amarillo ocaseo Rojo allura
Galletas pastisetas Swandy	Tartrazina Rojo allura
Papas tipo caseras jalapeño Chips Barcel	Tartrazina
Knorr Suiza tomate	Glutamato monosódico Rojo allura, Tartrazina
Pechugas rellenas FUD	Tartrazina Rojo allura Azul brillante Glutamato monosódico
Harina para hot cakes Gamesa	Tartrazina Rojo allura
Tartaletas piña Miriam	Tartrazina Amarillo ocaseo
Macarrones con queso Knorr	Tartrazina Amarillo ocaseo Glutamato monosódico
Salsa botanera	Rojo allura Caramelo IV
Salsa Buffalo clásica	Rojo allura Caramelo IV
Chamoy Sabritas	Rojo allura
Consomate	Tartrazina Rojo allura Caramelo IV
Botanas Mafer Premium	Amarillo ocaseo Rojo allura Azul brillante
KKhuates botana	Amarillo ocaseo Rojo allura
Mexicana Sabritas	Azul brillante
Gelatina fresa Jell-O	Rojo allura Azul brillante Aspartame
Gelatina fresa Pronto	Tartrazina Amarillo ocaseo Sucralosa
Flan vainilla Jell-O	Amarillo ocaseo Rojo allura Caramelo IV Sucralosa
Fécula de maíz chocolate Maizena	Tartrazina Amarillo ocaseo Rojo allura Azul brillante Caramelo IV
Fécula de maíz fresa Maizena	Rojo allura Azul brillante
Hot Nuts	Rojo allura Glutamato monosódico
Hot Nuts	Rojo allura Glutamato monosódico

Fuente: El poder del consumidor, 2014 d.

Anexo 5

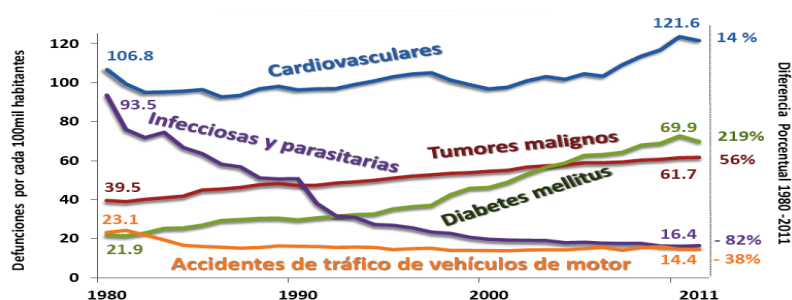
Evolución de las principales causas de defunción

Distrito Federal 1950-2006

Fuente: INEGI/SSA (SEDESA, 2013 a).

Orden	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2006
1	Gripe y neumonía	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea de R.N.	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea de R.N.	Enfermedades propias de la primera infancia	Enteritis y otras enf. Diarreicas*	Neumonía e influenza	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
3	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Gripe y neumonía	Ciertas causas de la morb. y de la mort. perinatales	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Cirrosis del hígado, colelitiasis y colecistitis	Cirrosis hepática	Enfermedades del corazón	Accidentes	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
5	Accidentes, envenenamientos y violencias	Tumores malignos incluyendo los de tej. linfáticos y hematopoyéticos	Cirrosis hepática	Ciertas afecc. orig. en el periodo perinatal	Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad cerebrovascular	Accidentes	Accidentes	Accidentes
7	Tuberculosis de aparato respiratorio	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	Ciertas afecc. orig. en el periodo perinatal	Ciertas afecc. orig. en el periodo perinatal	Enf. pulmonares obstructivas crónicas	Influenza y neumonía
8	Bronquitis	Bronquitis	Infecciones respiratorias agudas	Diabetes mellitus	Neumonía e influenza	Influenza y neumonía	Ciertas afecciones orig. en el periodo perinatal	Enf. pulmonares obstructivas crónicas
9	Fiebres tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis	Homicidios	Accidentes	Enfermedades infecciosas intestinales	Homicidio y lesiones causadas int. por otra persona	Enf. pulmonares obstructivas crónicas	Influenza y neumonía	Ciertas afecciones orig. en el periodo perinatal
10	Sarampión	Tuberculosis de aparato respiratorio	Diabetes mellitus	Anomalías congénitas	Anomalías congénitas	Malf. congénitas, deformidades y anomalías crom.	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal
11	Tuberculosis, otras formas	Diabetes mellitus	Anomalías congénitas	Bronquitis crónica y la no esp., enfisema y asma	Bronquitis crónica y la no esp., enfisema y asma	Insuficiencia renal	Malf. congénitas, deformidades y anomalías crom.	Agresiones (homicidio)
12	Tosferina	Nefritis y nefrosis	Tuberculosis de aparato respiratorio	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	Enfermedades infecciosas intestinales	Agresiones (homicidio)	Agresiones (homicidio)	Malf. congénitas, deformidades y anomalías crom.
13	Complicaciones del emb., parto y edo. puerperal	Sarampión	Sarampión	Septicemia	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	Enf. por virus de la inmunodeficiencia humana	Bronquitis crónica y la no esp., enfisema y asma	Enf. por virus de la inmunodeficiencia humana
14	Disentería	Obstrucción intestinal y hernia	Homicidio y lesiones causadas int. por otras personas	Tuberculosis pulmonar	Deficiencias de la nutrición	Bronquitis crónica y la no esp., enfisema y asma	Enf. por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	Bronquitis crónica y la no esp., enfisema y asma
15	Paludismo	Disentería	Bronquitis, enfisema y asma	Infecciones respiratorias agudas	Enf. por virus de la inmunodeficiencia humana	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Septicemia

Anexo 6



Fuente: Base de Datos INEGI/DGIS 1980-2011

10

Cambios en el perfil epidemiológico. Fuente: INEGI/DGIS citado por SSA, 2013 c.

Anexo 7

EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS Y POLÍTICAS ALIMENTARIAS Y DE NUTRICIÓN EN MÉXICO, 1922-1994

Año*	Política o programa	Objetivo	Población blanco	Estrategia o acción
1922-1924	Diversos programas asistenciales [†]	Apoyo a los consumidores	Niños en edad escolar de zonas urbanas	Implementación de desayunos escolares
1925	Subsidio a la producción	Aumentar la producción agrícola y mejorar la producción ganadera	Productores agrícolas y de ganado	Organización de cooperativas populares, préstamo a los productores, combate a plagas de la agricultura y ganadería, exposición nacional ganadera, control de la producción lechera
1936-1937	Almacenes Nacionales de Depósito [‡] Comité Regulador del Mercado de Trigo Comité Regulador del Mercado de Subsistencias Populares	Controlar el precio de granos en el mercado Mejorar el acceso a los artículos de consumo de primera necesidad	Población de bajos recursos	Almacenamiento de grano para regulación de precios en el mercado Regulación del mercado de subsistencia, adaptación de la economía a las necesidades sociales, importación de maíz y trigo
1940	Mecanización de la agricultura Técnica de la alimentación Segundo Plan Sexenal	Mejorar la producción Mejorar el estado de nutrición Educar a la población	Población económicamente débil, grupos menesterosos	Adquisición de maquinaria agrícola, crédito a la producción Creación de comedores populares, cadena de expendios populares de leche, sale al mercado la primera leche rehidratada Fundación del Instituto Nacional de Nutriología
1942	Primer programa de iodación de la sal	Disminuir enfermedades por deficiencia de yodo	Toda la población, principalmente la de comunidades con bocio endémico	Iodación y distribución de la sal
1946-1950	Abasto popular Subsidio a la producción de alimentos	Abaratar el costo de artículos alimentarios en el mercado Mejorar la producción	Población de bajos recursos	Importación de artículos escasos en el país, control de precios de artículos de primera necesidad, tecnificación del campo, ganadería, creación de la Comisión Nacional de Leche, desayunos escolares. Revolución verde (semilla mejorada)
1958	Abasto y subsistencias populares Plan de acción inmediata Procuraduría Federal de Defensa al Consumidor	Regular precios de los artículos básicos Apoyo a la producción Protección a la economía popular	Población de bajos recursos	Control de precios de los artículos básicos Precios de garantía a la producción, mejorar el almacenaje y distribución de productos agrícolas Vigilancia y dirección de la economía nacional
1961-1965	Subsidio al consumo de productos del campo	Incrementar el ingreso con precios de garantía para productos del campo	Población rural y de bajos recursos	Creación de Conasuposa y la Compañía Rehidratadora de Leche Mantener reservas de productos de primera necesidad Regular precios de productos de primera necesidad en el mercado
1972	Subsidio al consumo	Proteger la economía y mejorar el poder adquisitivo, regular precios en el mercado	Población de bajos recursos	Compras reguladoras de maíz y frijol, transformación de Conasuposa a Leche Industrializada Conasupo (Liconsa)
1975-1980	Sistema Nacional para el Programa de Apoyo al Comercio Ejidal (PACE) Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Sistema Alimentario Mexicano (SAM)	Educar a la población en hábitos de alimentación y distribución de complementos dietéticos Ampliación de la red comercial Subsidiar a la producción y mejorar el estado nutricional de la población	Población infantil Madres gestantes	Desayunos escolares, fabricación de leche para lactantes y madres gestantes, creación de cocinas populares, distribución de semillas y hortalizas Crédito para la producción de semillas, producción y comercialización de fertilizantes, subsidio a la producción y distribución de alimentos Regulación de los precios de los productos de consumo
1982	Programa Nacional de Alimentación (Pronal) Pacto de Solidaridad Económica	Apoyar la producción, distribución y consumo de alimentos, cambiar condiciones de alimentación y nutrición	Población con alto índice de marginación, niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y lactantes	Incremento de salarios mínimos sobre la canasta básica, fomento a la producción de alimentos, programas de vigilancia del estado nutricional, orientación alimentaria
1990	Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresía)	Mejorar los niveles de salud y nutrición	Población de bajos ingresos, niños menores de cinco años y mujeres embarazadas	Vigilancia del estado de salud y nutrición, distribución de suplemento alimentario, educación en salud y nutrición
1994	Programa de suplementación con megadosis de vitamina A	Proteger contra deficiencia de vitamina A	Niños menores de cinco años	Dar suplementación a los niños durante las campañas de vacunación

Evolución de los Principales Programas y Políticas Alimentarias y de Nutrición en México, 1922-1994. Fuente: Barquera, Rivera y Gasca, 2001.

Anexo 8

Aporte nutrimental que tienen la Canasta básica actual Diconsa

AUMENTOS	ENERGIA Kcal	PROTEINA g	CARHID g	LIPIDOS g	CALCIO mg	HIERRO mg	Vit A µg	Vit C mg	B ¹ mg	B ²	B ³ mg	B ⁶ mg	ACIDO FOLICO µg	B ¹² µg
ACEITE	8,840	0	0	1,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARROZ	3,640	*74	788	6	100	11	0	0	2	0	16	3	60	0
ATUN	274	29	0	25	8	1	7	0	0	0	13	1	18	6
AZUCAR	3,840	0	991	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHILES	62	*1	3	1	39	4	156	6	0	0	1	0	0	0
CHOCOLATE	1,612	51	293	26	2,304	11	0	0	7	5	51	0	0	0
FRIJOL	3,320	*192	615	14	2,280	55	10	0	6	1	17	4	3,940	0
GALLETAS	4,030	*95	668	107	220	20	0	0	2	0	10	0	70	0
HARINA DICONSA	3,806	*93	769	40	. ³	90	200	-	332	176	175	-	250	-
HARINA DE TRIGO	3,330	*133	710	20	410	33	0	0	6	1	43	0	0	0
LECHE EN POLVO	1,190	63	92	64	2,189	1	672	19	1	3	1	1	89	8
MAIZ	3,620	*79	730	47	1,590	23	10	0	4	1	19	0	0	0
MANTECA VEGETAL	8,840	0	0	1,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PASTA	714	*24	147	4	-	26	1	-	1	-	11	-	-	-
SARDINA	591	56	5	37	1,347	12	27	0	0	1	16	1	24	84
TOTAL	47,709	890	5,811	2,391	10,487	287	1,076	25	361	188	373	10	4,451	98

Fuente: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2010 b. Observación: todos los guiones en las tablas indican que no existe referencia o datos en la etiqueta nutrimental del producto.

Anexo 9

Aporte nutrimental de sopas instantáneas de diferentes marcas comerciales. Comparación de la etiqueta y el laboratorio de las diferentes sopas instantáneas

NUTRIMENTOS	MARUCHAN		NISSIN		MODERNA		AURRERA	
	Etiqueta	Laboratorio	Etiqueta	Laboratorio	Etiqueta	Laboratorio	Etiqueta	Laboratorio
Contenido energético (Kilocalorías)	289	295	297	289	211	252	297	308
Proteínas (gramos)	7.3	6.68	7	5.6	5	6.3	7.4	6.50
Grasas (gramos)	12	12.88	13	10.50	9	14.08	13.8	15.3
Carbohidratos (gramos)	38	38.0	38	43.0	27.5	25.0	35.8	36.0
Sodio (gramos)	1.1	1.0	1.06	1.40	1.8	1.30	1.6	2.54
Contenido neto (gramos)	64	64	64	64	56	56	65	65

Fuente: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2010 a.