

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Perfil sociodemográfico de pacientes con comorbilidades
asociadas al sobrepeso y obesidad en el Instituto
Nacional de Pediatría en el año 2015**

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

PRESENTA

WALTER LUGO DEL VALLE

DIRECTORA

Dra. Roselía Arminda Rosales Flores

Ciudad de México, abril de 2019.

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.

AGRADECIMIENTOS.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) por la oportunidad de seguir en este camino del conocimiento, por ser una universidad incluyente, además por el apoyo económico para la impresión de esta tesis.

A mi directora de este proyecto la Dra. Roselia Arminda Rosales Flores por su paciencia, por compartir su conocimiento y su tiempo, de verdad muchas gracias.

A mis lectores los maestros Claudia López, Oswalth Basurto y Juan Manuel Mendoza, gracias por su tiempo, por las correcciones y sus consejos.

Gracias a Toño Barajas por su insistencia, preocupación, por resolver mis inquietudes y dudas, por su tiempo siempre disponible.

Agradezco también a mis compañeros del archivo clínico del Instituto Nacional de Pediatría, en especial a Reyna y Martin Castañeda por las facilidades en la obtención de los datos.

Índice.

CAPITULO I.....	1
Introducción	1
Planteamiento del problema.....	10
Pregunta de investigación.	15
Objetivo general.	15
Objetivos particulares.....	16
CAPÍTULO II.....	17
Justificación	17
Antecedentes.....	19
Contexto.....	24
CAPITULO III.....	30
Estado del arte	30
CAPITULO IV	46
Marco teorico.....	46
CAPITULO V	60
Metodología.....	60
CAPITULO VI	63
Análisis y resultados	63
CAPITULO VII	79
Discusión.....	79
Conclusiones	84
Bibliografía.....	89

CAPITULO I

Introducción

La obesidad y el sobrepeso en la actualidad es reconocido como uno de los retos más importantes de la salud pública, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y su efecto negativo sobre la población que la padece (Barrera, 2013). Existen múltiples factores para padecer obesidad o sobrepeso. Los factores más importantes generadores de la obesidad parecen ser los hábitos dietéticos y la falta o poca actividad física, que a su vez, afecta al gasto energético, al metabolismo de sustratos energéticos y al consumo de alimentos (Martínez, 2002).

Estos elementos son claves para padecer sobrepeso y obesidad de acuerdo a las instancias de salud nacionales e internacionales, en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria en el año 2010, bajo la evidencia científica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF), los estilos de vida sedentarios, la alta ingesta de alimentos densamente energéticos, la mercadotecnia son factores para padecer obesidad (Secretaría de Salud, 2010). Considerando lo anterior y siguiendo recomendaciones de los organismos de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) la estrategia para disminuir los problemas de obesidad se basa en aumentar el consumo de frutas y hortalizas, legumbres, cereales, reducir la ingesta de grasas y azúcares, así como la realización de actividad física mínimo 60 minutos diarios (OMS, 2013).

Bajo estas premisas el problema de la obesidad disminuiría, considerando también, las campañas, talleres y la información que se trasmite para la población, pero

esto no ha sucedido, al contrario, nuestro país se encuentra en los primeros lugares de morbilidad asociada a la obesidad y otros padecimientos crónicos. La obesidad constituye un problema de salud, económico, social y psicosocial, que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento del uso de los servicios de salud, disminución de calidad de vida, incapacidad y estigmatización social (CENETEC, 2012).

En este sentido, entender y proponer soluciones a los problemas de la obesidad y el sobrepeso, como la mayoría de las enfermedades principalmente crónicas, requiere romper con el paradigma hegemónico, donde las raíces de la enfermedad proponen cuestiones biológicas bajo la premisa de la causalidad y la teoría de riesgo, algunos estilos de vida favorecen comportamientos poco saludables, como los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo (Ramos, 2017). Lo que al final culpabiliza al sujeto de sus problemas de salud.

Además, ver a la enfermedad como un fenómeno que sucede por culpa del individuo sin tomar en cuenta su contexto, implica negar que los procesos salud-enfermedad se encuentren determinados por procesos históricos y sociales. Por otra parte, también niega que cada grupo social tenga distintas características. Asimismo, describe los problemas de enfermedad de forma general, asumiendo que todos los miembros de una comunidad con sus diversas clases sociales tuvieran las mismas condiciones de vida y las mismas necesidades de salud, lo anterior es importante porque la diversidad entre los grupos sociales es un factor que tampoco se toma en cuenta y, por lo tanto, las desigualdades en salud, como las injusticias son ignoradas, siendo estas en donde se concretan las desigualdades sociales.

Reconocer que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva en donde el Estado tiene una tarea esencial son determinantes en la configuración de los

perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales (López, 2008). Todas estas características están determinadas por procesos económicos, políticos y culturales. En los cuales se articulan muchos elementos, uno de ellos, implica que para que las personas puedan acceder a mejores condiciones materiales de vida, se requiere que tengan mejor educación, así podrán acceder a mejores trabajos que a su vez ayudarán a disminuir los problemas de salud. La educación se ha convertido en un proceso privilegiado y el medio para obtener mejores niveles de vida (Batista, 2006). Sin embargo, el acceso a la educación no es homogéneo al igual que otros satisfactores sociales, existe una desigualdad social. Cuando el Estado no atiende las necesidades de la población, disminuye las posibilidades de acceso a los satisfactores. En otras palabras, estas personas con condiciones materiales de vida precarias, tendrán como resultado vivir en ambientes de mayor vulnerabilidad, no consiguiendo con ello satisfacer sus necesidades básicas de vivienda, alimentación, educación y salud. Por ejemplo, la posibilidad de tener una mejor educación se ve disminuida y la forma de acceder a un buen empleo también, por consiguiente, los problemas de salud/enfermedad será mayor, comparados con otros grupos cuyas condiciones materiales de vida son mejores.

Retomando estas ideas, este trabajo hace un análisis basado en las características sociodemográficas, de acuerdo a indicadores relacionadas a condiciones materiales de vida de pacientes diagnosticados con diversas morbilidades mismas que se encuentran asociadas al sobrepeso y la obesidad, los cuales fueron atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) en el año 2015. Estos datos se encuentran en las historias clínicas o expedientes.

Como una forma de operacionalizar las condiciones materiales de vida de los niños y sus padres, en el presente trabajo se analizan las variables: escolaridad, ocupación, procedencia y con quien viven los niños, además, se busca analizar si hay relación entre ellas, y si es así, proponer que el contexto donde habitan estos niños son elementos claves para padecer sobrepeso u obesidad.

El proceso salud-enfermedad (PSE) incluye lo biológico, el medio físico y la estructura social, tomando ésta última como el elemento esencial en los problemas de salud bajo la premisa de buscar la causa de la causa. Esta estructura social depende principalmente de la forma como el individuo se inserta en el mundo laboral, ya que de aquí va a depender la forma de vivir, de enfermar y morir, poniendo énfasis en las condiciones materiales de vida, las cuales varían entre los grupos y las personas.

La promoción de la salud (PS) permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, abarca intervenciones sociales y ambientales para beneficiar y proteger la salud y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OMS, 2016), por eso en este trabajo se les da prioridad a las variables sociales, consideradas las causas de las causas que influyen directamente en problemas de salud. Uno de los objetivos de la PS es proponer, buscar o proveer soluciones a las causas y no tanto los efectos de la enfermedad.

Sobre nuestra población de estudio cuyas características son específicas se tiene que mencionar que, entre las instituciones del sector salud se ha establecido una red denominada “referencia y contrareferencia”. Los lineamientos para la referencia y contrareferencia de pacientes pediátricos de población abierta constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención médica involucradas. En el reglamento de la Ley General de

Salud en Materia de atención de Servicios de Atención Médica, en su artículo 16 menciona lo siguiente: “La atención médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría determine (Secretaría de Salud, 2002). De este modo se permite canalizar adecuadamente a los pacientes al nivel de atención que requiere. Existen tres niveles de atención: 1ero, 2do y 3er nivel. El INP es un hospital de tercer nivel, atiende padecimientos que ameritan especialistas médicos, los cuales abarcan padecimientos malignos, defectos congénitos y genéticos, problemas inmunológicos, endócrinos, renales, neuromusculares y dermatológicos, entre otros (INP, 2017).

Los pacientes que son tratados en esta institución van desde los recién nacidos hasta los 17 años con once meses, la valoración del paciente la realiza un médico quien determina si el diagnóstico indicado en la referencia corresponde a un tercer nivel de atención. Después de la valoración, se debe confirmar el diagnóstico para la apertura del expediente. Las consultas e intervenciones tienen un costo monetario que varía según la condición socioeconómica de cada familia (INP, 2017).

En el INP existe la clínica de obesidad la cual tiene la finalidad de ayudar al paciente con sobrepeso y obesidad incluyendo a sus familiares. Esta clínica está constituida principalmente por médicos y trabajadores sociales, estos trabajadores de la salud informan tanto al paciente como a los familiares sobre lo importante que es el cambio de hábitos alimenticios, también se habla de factores de riesgo como el caso de la vida sedentaria. Además, la institución cuenta con la Unidad de Investigación en Gastroenterología y Nutrición Infantil, la infraestructura física y equipo técnico de última generación ayudan a conocer la composición de la masa corporal de los niños en

general, también en esta unidad se estudia los trastornos alimentarios y enfermedades del tracto gastrointestinal (Secretaría de Salud, 2015).

La OMS define al sobrepeso y la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre peso y talla. Se calcula dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de la talla (kg/m^2). En adultos el IMC igual o superior a 25 se refiere al sobrepeso, mientras tanto un IMC igual o superior a 30 indica obesidad (OMS, 2018).

Niños menores de 5 años:

- El sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la media establecida en patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- La obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en patrones de crecimiento infantil OMS.

Niños de 5 a 19 años:

- El sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la media establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y
- La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la media establecida en patrones de crecimiento infantil de la OMS (OMS, 2018)

La estructura de esta investigación consta de siete capítulos integrados de la siguiente manera:

En el primero se entrega información sobre la delimitación del problema, planteamiento del problema, pregunta de investigación, así como los objetivos tanto generales como particulares. Además, en este apartado se muestra porque la obesidad y el sobrepeso es un problema de salud pública a través de indicadores nacionales e internacionales. Estos indicadores se basan en la prevalencia, así como los gastos que estas enfermedades causan tanto a la población como a las instancias de gobierno. También se hace referencia a la pregunta de investigación con sus objetivos, bajo la condición del perfil sociodemográfico de pacientes atendidos en INP en el año 2015, con comorbilidades asociadas al sobrepeso y la obesidad.

En el segundo capítulo se encuentra la justificación, los antecedentes y el contexto. Partimos pues, de justificar este trabajo a partir de los pocos resultados en la disminución de estas patologías, además en la justificación se busca exponer factores a los cuales se les excluye de ser considerados como la causa de raíz del sobrepeso y la obesidad

Las investigaciones relacionadas sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) propuesta por la OMS (OMS, 2013), así como investigaciones afines a elementos sociales, son claves para la realización de los antecedentes de este trabajo, además de considerar algunos indicadores (mortalidad, morbilidad y prevalencia entre otros elementos) relacionados con los problemas de la obesidad y el sobrepeso.

Para poner en contexto el problema de la obesidad y el sobrepeso en nuestro país se investigó, por un lado, la prevalencia nacional, así como en la Ciudad de México, a través de datos obtenidos de las encuestas ENSANUT 2016, datos de la

Secretaria de Salud Federal, Secretaria de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) e INEGI y por otro lado, se encuentra los datos relacionados con la obesidad y el sobrepeso en el INP que se obtuvieron a partir de las historias clínicas o expedientes en relación a estas patologías.

El estado del arte es parte del capítulo tres, en este apartado se buscó información en diversas plataformas digitales relacionadas con la salud, así como en hospitales que realizan investigación como el Instituto Nacional de Nutrición, el Hospital Infantil, INP, además instituciones que tienen representación en todo el país como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La búsqueda se enfocó en investigar qué se ha escrito sobre el tema de la obesidad y el sobrepeso bajo el estándar de la determinación social como causa raíz de las enfermedades antes mencionadas.

Elementos teóricos utilizados en el análisis y resultados son parte del capítulo cuatro, mismos que, desde la determinación social, son donde se gestan los grandes problemas de salud, así la desigualdad social, la pobreza, empleos mal pagados, explotados y peligros, la falta de acceso a los servicios básicos como educación, salud, saneamiento ambiental y vivienda, son premisas bajo las cuales se desarrolla este trabajo.

La metodología se desarrolla en el capítulo cinco, consiste primero en hacer una búsqueda sobre lo que se ha escrito en relación a este tema, posteriormente con los elementos teóricos. Se hizo un análisis sustentado en las variables de interés que se obtuvieron a través de historias clínicas, con estos datos se construyó una base de datos.

En el capítulo seis se entregan los resultados del análisis de la base de datos a través de variables como, sexo de los pacientes, grupos por edad (que va de, 0 a

3 años, de 4 a 7 años, de 8 a 11 años, de 12 a 15 años y por último de 16 a 18 años), procedencia, escolaridad de los padres, ocupación de los padres y con quien habitan los pacientes. Se busca exponer estas variables como parte que interfiere directamente en el sobrepeso y la obesidad, además en los resultados se busca mostrar si existe correlación entre variables.

Por último, el capítulo siete está compuesto por la discusión y conclusiones. En la primera recae principalmente la nula o poca importancia que se le da al aspecto social como parte fundamental de este problema y como se plantea las soluciones a través del cambio de estilos de vida y disminución de factores de riesgo. Mientras que en las conclusiones se plantea introducir a la Promoción de la Salud como herramienta clave para la disminución de estos problemas, así pues, se propone incluir a la Promoción de la Salud desde la atención primaria como parte preventiva, en el tratamiento, así como en la solución de estos problemas. También se propone el cumplimiento de las leyes que protegen la salud y el bienestar de la población, ya que un gobierno que discrimina el bienestar social genera sociedades enfermas que impacta negativamente en el avance como sociedad.

Planteamiento del problema

El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema relevante para la salud pública a nivel mundial, debido a la dimensión que está adquiriendo entre la sociedad, asimismo es importante tener en cuenta que no es exclusivo de las personas adultas, debido a que también se encuentra presente en edades infantiles y juveniles (OMS, 2017). Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo (OMS, 2017). En 2014, el 39% de la población mayor de 18 años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas (OMS, 2016). En lo que se refiere a la población infantil, se estima que, en todo el mundo, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 41 millones para el 2016 (OMS, 2016). En países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos bajos y medianos) la prevalencia¹ de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños de edad preescolar supera el 30% (OMS, 2016). Lo anterior resulta relevante porque si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños con sobrepeso aumentará a 70 millones para el año 2025 (OMS, 2014). Vale la pena señalar que en algunos países desarrollados la prevalencia de obesidad infantil se ha estabilizado como en Inglaterra, Francia, Corea o Estados Unidos (Infosalus, 2012), sin embargo, existe un incremento en esta población de sobrepeso y obesidad en los países con bajos ingresos (Secretaría de Salud, 2010).

La Organización Internacional para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), tiene como misión promover políticas que mejoren el bienestar económico y

¹ La prevalencia mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento en la población, por lo tanto, no hay tiempo de seguimiento. Por su parte, la incidencia determina los casos nuevos que se presentan en una población en un tiempo determinado (Gutierrez., 2017)

social. De acuerdo a esta organización la mayoría de las personas que habitan en sus países miembros padecen sobrepeso u obesidad. Donde las consecuencias sociales y económicas de esta epidemia son múltiples, tanto para México como para los otros países miembros. En ese sentido, nuevos datos y análisis revelan que los niveles de obesidad en México han aumentado rápidamente durante los últimos 5 años (OCDE, 2014).

En México existe un problema severo relacionado con la obesidad, agudizándose principalmente en la población infantil, por ejemplo: la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad se presenta en uno de cada cuatro niños de entre 5 y 11 años, mientras que uno de cada tres adolescentes la padecen (Secretaría de Salud, 2010).

En este mismo tenor, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ESANUT) del año 2012, indican que la prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad menores de 5 años es de 9.7 %; mientras que niños en edad escolar de 5 a 11 años es de 34.4%, y finalmente los adolescentes entre los 12 y 19 años, de 35.8% (ENSANUT, 2012). Según la OCDE una persona con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud, gana 18% menos que el resto de la población sana y presenta ausentismo laboral (Rodríguez, 2014). Los egresos hospitalarios por enfermedades no transmisibles representan 43.5%, con respecto a este indicador, se puede mencionar enfermedades cardiovasculares, cerebrales, así como la hipertensión arterial las cuales ocupan el primer lugar entre los egresos hospitalarios y son la segunda causa de muerte dentro de las enfermedades no transmisibles, así como a la diabetes mellitus tipo 2 la cual ocupa el sexto lugar dentro de las mismas (Secretaría de Salud, 2013). Ahora bien, resulta importante mencionar que la mortalidad hospitalaria por enfermedades no transmisibles representa 73% del total de las muertes (Secretaría de Salud, 2013).

La situación actual del sobrepeso y la obesidad representa una amenaza en los gastos en salud ya sea para instituciones de salud, así como para los individuos. Para los servicios de salud implica más gasto y el uso de tecnología avanzada. México es de las economías inscritas en la OCDE que menos gasta en atención en salud. Para el ejercicio fiscal 2015 el gasto público en salud representa 2.86% del producto interno bruto (PIB). De esta cifra casi el 97% se destina al gasto corriente, como sueldos, prestaciones, subsidios y pensiones (Garduño, 2015).

En México, se estima que la atención de enfermedades causadas por la obesidad y el sobrepeso, tiene un costo aproximado de 3 mil 500 millones de dólares. El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión, algunos cánceres, diabetes mellitus tipo 2) se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008 (valor presente) al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos. Para el 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones de pesos (en pesos de 2008) (Dávila, 2015, p.245)

En lo concerniente a la evolución sobre el sobrepeso y la obesidad en nuestro país, en el año 1993 los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5 %, para el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud identificó el 24% en este mismo rubro, en el año 2006 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) indica que un 30% de la población mayor de 20 años tienen obesidad (Dávila, 2015).

Los datos anteriores solo se refieren a la obesidad, en lo que se refiere a la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) fue de 71.2%, mientras tanto en la Encuesta Nacional

de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016) fue de 72.5% (Alianza por la salud alimentaria, 2016)

Como podemos observar, estos datos duros nos muestran la realidad de nuestro país con respecto al sobrepeso y obesidad, ante estos hechos las estrategias, políticas públicas y programas para erradicar o disminuir este problema no han tenido el éxito deseado, principalmente en estrategias basadas en la prevención, que conllevan a culpabilizar al individuo y a su entorno, considerando las causas basadas en una vida sedentaria y/o porque su dieta no es la adecuada, él es el culpable de padecer obesidad o sobrepeso. En este sentido, la forma en que se busca solución es a través de estrategias generales, como el plato del buen comer, guías para niños, programas como PREVENISSSTE² o PREVENIMMS³ y el activarse con ejercicio diario por lo menos 30 minutos. En otras palabras, busca soluciones sin tomar en cuenta la diversidad de la población, en este sentido cada individuo, cada comunidad tienen sus propias características, ya sean sociales, culturales, laborales, religiosas, etc.

No debemos olvidar que en México el acceso a los servicios de salud está vinculado con la clase social. Dado que el sistema de salud está fragmentado y los principios de acceso están relacionados con el empleo formal, el poder de compra y la pobreza (Frenk, 1994).

Retomado la idea sobre la génesis de la obesidad y el sobrepeso estas patologías tienen un origen multifactorial donde participan factores ambientales en estrecha relación con factores genéticos de riesgo subyacente (Luna, 2008), una de las

² PREVENISSSTE es un modelo de atención preventiva, que busca brindar atención integral a la salud y promover el desarrollo social, biológico y psicológico de los derechohabientes, privilegiando actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades (ISSSTE, 2018).

³ PREVENIMMS hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes (IMMS, 2018).

principales causas son las condiciones materiales de vida, tanto de las personas como de las comunidades, las cuales comparten características en común, por ejemplo, la condición laboral que conlleva a la situación económica y esto se relaciona directamente con la forma de satisfacer las necesidades básicas: salud, educación, vivienda, servicios públicos, espacios recreativos, así como el acceso a una alimentación adecuada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como las condiciones socio económicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2013). Estos determinantes influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en conjunto.

Los DSS establecen el grado en que las personas tienen los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones satisfacer sus necesidades en salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente (OMS, 2013).

Para la OMS la mala salud de los pobres, el gradiente social de la salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por consiguiente injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda comunidades, pueblos y ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún

caso, un fenómeno natural. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales en salud (OMS, 2008).

Hay que considerar que parte del problema de la obesidad infantil recae en los ambientes obesogénicos donde se desarrollan los infantes y su entorno familiar, parte fundamental es la capacidad de los padres para incrementar o disminuir estos ambientes, los cuales son generados de acuerdo a diversas circunstancias, entre la que se encuentra la capacidad económica que conlleva a insertar a estas familias en determinadas condiciones materiales de vida, de tal modo, en que trabajan, donde viven, como viven y con qué servicios cuentan son características que moldean el contexto donde conviven estas familias.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los pacientes diagnosticados con comorbilidades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso en el Instituto Nacional de Pediatría en el año 2015?

Objetivo general.

Analizar el perfil sociodemográfico y perfil salud-enfermedad de los pacientes diagnosticados con obesidad y sobrepeso en el Instituto Nacional de Pediatría en el año 2015.

Objetivos particulares.

- Identificar la ocupación y escolaridad, así como las condiciones materiales de vida de los padres con hijos tratados con obesidad y sobrepeso en el INP en el año 2015.
- Conocer la relación entre la constitución familiar y el diagnóstico de obesidad y sobrepeso en el INP en el año 2015.
- Indagar sobre los espacios geográficos donde habitan los padres con pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad asistidos en el INP en el año 2015 y qué relación existe con el índice de desarrollo humano.

CAPÍTULO II

Justificación

La importancia de este trabajo descriptivo es abordar la obesidad desde un contexto relacionado con determinantes sociales, como son la pobreza, la desigualdad social, inequidades en salud y educación, la falta de empleo o mal remunerados, la falta de espacios para actividades deportivas y recreativas, la inseguridad, la publicidad de alimentos chatarra y el fácil acceso a estos y la falta de alimentos con valor nutricional. Estos determinantes influyen directamente tanto en los individuos como en las comunidades para ser obesos o desnutridos. Por ejemplo, la gran parte de la población no elige comer con calidad nutricional en realidad comen lo que pueden, se puede decir que se tienen dos problemas con respecto a la alimentación ya que por un lado se encuentra el sobrepeso y la obesidad y, por otro lado, desnutrición; los desnutridos no tienen lo suficiente para alimentarse y los obesos se alimentan mal.

La obesidad es considerada como un problema grave de salud pública en México dado su aumento y su relación con otras patologías, así como los gastos económicos que esta enfermedad genera tanto para los enfermos, como para las instituciones de salud. Partimos entonces que la salud pública tiene un papel prioritario en identificar los factores que influyen en estas patologías y que a su vez pueda generar soluciones en este problema.

De alguna forma, todos sabemos a partir de información que nos llega ya sea de las instancias correspondientes (Secretaría de Salud), así como los medios de comunicación (tv, radio, folletos, notas periodísticas, revistas científicas y otras con características más comerciales) que tener una buena alimentación y evitar tener una

vida sedentaria conlleva a tener una mejor calidad de vida y por consecuencia evitar o retardar ciertas enfermedades, como es el caso del sobrepeso y la obesidad. Entonces, si sabemos esto, ¿por qué no lo llevamos a cabo? considerando lo anterior podemos decir que tanto la alimentación, como las diversas actividades ya sean laborales, sociales y recreativas están supeditadas por los determinantes sociales, hay que tomar en cuenta que la obesidad no es solo un problema de los pobres o de comunidades marginadas, pero la pobreza es una condición que aumenta la probabilidad a tener estos problemas de salud.

Adentrándonos en el problema del sobrepeso y obesidad infantil éstas van más allá de ser consideradas como un problema biomédico, también afecta su ambiente educativo y de convivencia con otros niños como es el caso de acoso escolar, que impacta en su autoestima y que por supuesto influye en su calidad de vida y su nivel de aprendizaje. Ahora bien, estos niños obesos tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en edad adulta con todas sus consecuencias, como diferentes padecimientos incluyendo la diabetes.

En nuestro análisis sobre los perfiles sociodemográficos en los que están inmersos los niños del INP con diagnóstico de sobrepeso u obesidad nos damos a la tarea de considerar los determinantes sociales como eje fundamental, en este trabajo se analizan estos determinantes desde las características de los padres, con esto se busca describir las condiciones materiales de vida de estas familias que habitan principalmente en la zona metropolitana⁴ de nuestro país.

⁴ La Zona Metropolitana del Valle de México es el centro económico, financiero, político y cultural de México. En el año 2015 esta zona tenía más de 20 millones de habitantes, cifra que equivale al 17% de la población nacional (OCDE, 2015)

Desde nuestra perspectiva consideramos a la falta de recursos económicos como una condición que determina muchas enfermedades donde están inmersas el sobrepeso y la obesidad. En este contexto los niños son más vulnerables porque los padres tienen prioridad en otras actividades como es lo laboral dejando de lado la alimentación, así los niños van a comer lo que pueden y lo que esté a su alcance. Los determinantes sociales deben considerarse como las causas de las causas para propiciar patologías como el caso del sobrepeso y la obesidad, los determinantes sociales no pueden ni deben considerarse como componentes aislados, ni vistos de forma fragmentada, en este sentido se busca demostrar que estos determinantes están entrelazados y que juntos influyen para aumentar o disminuir las condiciones materiales de vida.

La justificación de este trabajo se basa en describir y demostrar como la determinación social influye en la población para generar o agudizar ciertas patologías como el caso de nuestro interés la obesidad y el sobrepeso, desde esta perspectiva se propone dar a conocer la importancia de una visión basada en factores sociales.

Antecedentes

En México, el perfil epidemiológico ha cambiado en las últimas décadas, pasamos de la desnutrición y de las enfermedades infectocontagiosas a enfermedades como la obesidad, la diabetes, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas degenerativas (Rivera, 2013). Existe evidencia de cómo se ha incrementado el sobrepeso y la obesidad, este crecimiento es uno de los más rápidos a nivel mundial, por ejemplo: de 1980 a 2000, de forma casi paralela, se identificó un incremento de

47% en mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 (DMII), patología asociada a la obesidad, pasando de ser la novena causa de defunción en 1980 a la tercera en 1997 y a la segunda en el país para 2010 con cerca de 83 000 defunciones (Rivera, 2013).

Como vemos las consecuencias y aumento del sobrepeso y obesidad está generando problemas de salud pública. Por estos motivos, es relevante generar evidencias que permitan abordar esta complicación desde un enfoque interdisciplinario. Las ciencias psicológicas, sociológicas y antropológicas tratan de responder a las limitaciones inherentes al modelo biomédico, e incluyen la poca atención que se pone al contexto socio-ambiental de la salud enfermedad. En este tenor se suele tratar a los pacientes como sujetos pasivos, el negarles su propia interpretación de las experiencias que viven, y el no aceptar formas alternativas de curación (Martinez, 2014).

Recientemente las investigaciones en salud pública y epidemiológica han considerado los determinantes sociales, económicos y ambientales como generadores de múltiples patologías no trasmisibles como la obesidad. Estos estudios frecuentemente usan el concepto nivel socioeconómico que incluye varios indicadores que reflejan directa o indirectamente las condiciones materiales de vida y el lugar dentro de la jerarquía social. Las investigaciones han encontrado que a medida que el nivel socioeconómico disminuye, el riesgo de obesidad aumenta (Álvarez, 2012).

En este sentido, diversos estudios ven la obesidad y su relación con la morbilidad y mortalidad desde una perspectiva donde se considera que la correlación entre obesidad y enfermedad varía en función de cómo el individuo se involucra con su medio ambiente considerando la educación, lugar donde habita, acceso a los servicios, y el campo laboral, entre otros. Estos análisis han manifestado que las diferencias socioeconómicas, educacionales y el acceso a la información influyen para la elección

de una dieta adecuada o no. En la actualidad es casi reiterativo recordar que en las últimas décadas, los cambios económicos y laborales, sociales o demográficos han provocado modificaciones en la dieta y en los estilos de vida que han afectado la forma de vivir y de alimentarnos (Medina, 2014). También hay que considerar el incremento de la población urbana por la falta de trabajo en las comunidades rurales; aumento del sector económico terciario⁵ el cual se relaciona con el que oferta servicios; la incorporación de adultos jóvenes a la vida laboral; menor tiempo para las actividades domésticas lo que implica mayor número de comidas fuera de casa; menor conocimiento y control sobre la alimentación, y algo muy importante, la crisis económica que afecta principalmente a aquellos estratos sociales con menor poder económico.

Hacia la década de 1980, en América Latina la distribución desigual de los ingresos contribuyó a aumentar la pobreza, las migraciones hacia las zonas urbanas generaron cambios importantes en condiciones y modos de vida, los cambios sociales, económicos y demográficos coincidieron con modificaciones del perfil epidemiológico y de las formas de alimentarse (Peña, 2000). En México, para el año 1950 poco menos de 43% de la población vivía en localidades urbanas, en 1990 era de 71%, y para el 2010 esta cifra aumento a casi el 78% (INEGI, 2010). Estos cambios han generado una transición epidemiológica que a su vez ha propiciado factores asociados con la adopción de estilos de vida poco saludables y los acelerados procesos de urbanización en los últimos años, coincidiendo con modificaciones con el perfil epidemiológico y de los patrones alimentarios; advirtiéndose que el incremento de la obesidad tiende a desplazarse hacia los grupos con nivel socioeconómico bajo (Fausto, 2006).

⁵ Sector económico terciario incluye: comercio al por mayor, comercio al por menor, transportes, servicios financieros, servicios inmobiliarios, servicios de apoyo a negocios, servicios educativos, servicios de salud, servicios de esparcimiento, culturales y deportivos (INEGI, 2018)

En la actualidad la población mexicana se desarrolla en un mundo globalizado, capitalista neoliberal lo cual se relaciona con cambios demográficos, sociales y epidemiológicos, a su vez estos factores influyen en la vida diaria tanto de los individuos, como en las comunidades, la alimentación es tan compleja como la sociedad misma y está determinado por una diversidad de factores sociales, culturales y económicos (Vila, 2010). Por lo consiguiente, el acceso a alimentos con valor nutricional varía entre clases sociales, en este sentido los pobres tienen desventaja en comparación con personas de mayor poder adquisitivo.

En países en vías de desarrollo como México, existe evidencia muy notable que refleja un estado nutricional inadecuado de su población. La pobreza alimentaria (que se refiere a la insuficiencia de ingresos para cubrir las necesidades de alimentación) en el año 2010 era experimentada por el 18% de la población (Ortiz, 2015). Qué implica esto, que aproximadamente dos de cada diez personas carece de un adecuado acceso a la alimentación. Algunas personas no pueden acceder a una dieta adecuada, ya sea por falta de recursos económicos o por la poca accesibilidad de estos alimentos, así se puede mencionar que el acceso a una buena alimentación es de quien puede no de quien quiere, por ejemplo; se ha documentado que en zonas rurales existe desabasto de frutas y verdura, no hay disponibilidad a la venta de manera regular (Rivera, 2013). Esto influye de manera desfavorable en el desarrollo mental y físico, en la productividad y en los años de una vida laboral activa, todo lo cual repercute de una manera adversa sobre el potencial económico del hombre como ser social (Marcos, 2010).

Además, estos factores sociales, contribuyen a diversas patologías crónicas con gran prevalencia en países en vías de desarrollo, como la diabetes mellitus tipo II (DMII) y dislipemia, hipertensión, aunque también se han asociado otras como la cardiopatía

isquémica, el accidente vascular cerebral, el síndrome de hipoventilación y la apnea del sueño, la esteatohepatitis no alcohólica, la colelitiasis, la osteoartrosis y alteraciones de la reproducción (CENETEC, 2012). Asimismo, existen estudios recientes que asocian la obesidad mórbida con un mayor riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer, enfermedad esofágica por reflujo, nefrolitiasis y enfermedad de Alzheimer (Cabrerizo, 2008).

En este sentido, existe evidencia notoria sobre las consecuencias negativas sobre otras patologías asociadas a la desigualdad social, además de generar obesidad y sobrepeso también producen otros trastornos en la salud del individuo es el caso de enfermedades como la tuberculosis, diarreas, VIH/sida, complicaciones del embarazo y parto (Nieto, 2011).

La desigualdad social se refleja en los infantes ya que son dependientes de los padres, por ejemplo; desde hace tiempo la migración a las grandes urbes ha tenido como consecuencia mejores condiciones de vida en comparación a las zonas rurales, se elevan las condiciones de salud, protección, educación y saneamiento, (Jasso, 2014). Sin embargo, estas condiciones no son igual para las personas pobres o que viven en zonas marginadas, en este sentido los niños están sometidos a grandes retos y carencias (Jasso, 2014). De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) el desarrollo infantil temprano es un proceso de cambio que involucra cuatro dominios: físico, cognitivo, del lenguaje y socioemocional. Como se puede observar, existen elementos claves para un buen desarrollo infantil a los que muchos niños pueden acceder, sin embargo, también existen infantes que viven en condición de pobreza, mismos que de acuerdo a estas características tienen mayor probabilidad de

tener patologías asociadas a enfermedades crónico degenerativas como lo es el sobrepeso y la obesidad (UNICEF, 2015).

Contexto

La Ciudad de México es la entidad del país con mayores índices de sobrepeso y obesidad, la Secretaria de Salud capitalina detalla que en el año 2014 en la Ciudad de México el número de mujeres con sobrepeso y obesidad es de 75.4%, en el caso de los hombres es de 69%, en niños es de 35% y 38.6% para niñas (Sanchez, 2014). Las instancias de salud que tienen la tarea de diagnosticar, dar tratamiento y control están divididas en diferentes niveles, de tal modo la obesidad y el sobrepeso se atiende desde un centro de salud hasta un hospital de tercer nivel.

En el año 2015, en la Secretaria de Salud de la Ciudad de México, tanto en el primer y segundo nivel, se detectaron 105,368 casos relacionados con la obesidad para las mujeres, mientras tanto para hombres en este mismo periodo es de 55,514 casos (tabla 1). Esto incluye ingresos hospitalarios, tratamientos, así como el control de esta enfermedad; llama la atención que el índice de mujeres es casi el doble que en los hombres.

Tabla 1. Casos de Obesidad en el año 2015 en hospitales de 1er. y 2do. Nivel en la CDMX.

Obesidad en 2015 hospitales de 1er. y 2do. nivel de la CDMX	
Mujeres	Hombres
105,368	55,514

Realizada a través de datos obtenidos por SEDESA
http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2015/inicio.html

En este estudio se manejan tres variables relacionadas con la edad, menor de 20 años, de 20 a 59 años y finalmente mayores de 60. En lo que se refiere a menores de 20 años, en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, esta variable fue eliminada a partir del 2013, para esta variable en el 2007 los ingresos hospitalarios de primer y segundo nivel por obesidad fue de 264 para mujeres, mientras tanto para hombres fue de 224. El último año que se contabilizó esta variable (2012) por ingresos hospitalarios, tratamientos y control de la enfermedad, fue de 649 para mujeres, y para los hombres de 616. Esto implica que, en un período de 5 años, los ingresos hospitalarios por obesidad en este rango de edad, fueron de más del 100%, sin existir gran diferencia entre hombres y mujeres, a partir de los 20 años empieza a aumentar los casos para las mujeres (Tabla 2).

Tabla 2 Casos de obesidad en menores de veinte años comparados entre 2007 y 2013 en la CDMX.

Obesidad menores de 20 años (2007).	Obesidad menores de 20 años (2013).
Mujeres 264 casos.	Mujeres 649 casos.
Hombres 224 casos.	Hombres 616 casos.

Realizada a través de datos obtenidos por SEDESA.
http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2015/inicio.html

Dadas las características sobre la atención en el INP, se atienden a pacientes con obesidad secundaria, diabetes mellitus, diabetes insípida y obesidad grave.

Como vemos en la tabla 3 en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas ocuparon en el año 2015 el quinto lugar con 476 casos de consulta de primera vez (INP, 2015).

Tabla 3 Consultas por primera vez año 2015 en el INP.

Núm. m.	Causas	Casos	Tasa*
1	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,40 4	15.0
2	Trastornos mentales y del comportamiento	1,12 7	12.0
3	Tumores (Neoplasias)	1,03 8	11.1
4	Enfermedades del sistema nervioso	592	6.3
5	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	476	5.1
6	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	365	3.9
7	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	325	3.5
8	Enfermedades del sistema genitourinario	316	3.4
9	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	288	3.1
10	Enfermedades del sistema respiratorio	258	2.8
	Las 10 primeras causas	6,18 9	66.1
	Todas las demás	3,17 6	33.9
	Total	9,36 5	100.0

*Tasa por 100 pacientes.

Fuente: Informe anual 2015. Archivo Clínico, Dirección Médica.

El estudio y tratamiento de la obesidad, así como el sobrepeso, no solo se diagnostica a través del IMC, sino también a través de otros estudios como es el caso de anomalías del sistema endocrino, aumento en la secreción de leptina, disminución en la secreción de hormona de crecimiento, existe también una tendencia a aumentar las concentraciones de TSH y T3 libre (Álvarez, 2011), además de considerar la hiperinsulinemia y la resistencia a la insulina, las cuales son dos alteraciones mejor conocidas (Álvarez, 2011). La información genética de cada individuo tiene un papel determinante en la génesis de la obesidad; sin embargo, hoy día se reconoce que dicha información suele verse regulada por factores ambientales que denotan o regulan su expresión; lo anterior permite precisar la presencia de dos momentos de influencia ambiental para el desarrollo de la obesidad: el prenatal y el postnatal (Perea, 2014).

Entre las condiciones prenatales de la obesidad se pueden considerar las de carácter pregestacional que están determinados, entre otras cosas, por el estado nutricional y de salud del hombre y la mujer, seguidos por aquellos que determinan la salud fetal, entre los que destacan la salud nutricional y metabólica de la mujer gestante (Perea, 2014).

Entre las causas postnatales se encuentran el estilo de vida en el que se ven involucrados diferentes elementos por una dieta por un consumo hipercalórico, además de un perfil sedentario y el desarrollo subsecuente de la obesidad (Perea, 2014).

Como se mencionó anteriormente existen diversas causas de explicar la obesidad. La epigenética es una de ellas y se define como una forma de regulación génica en células especializadas que no implica cambios en la secuencia de ácido desoxirribonucleico ADN y puede transmitirse durante una o varias generaciones. Los hijos de madres con diabetes gestacional son más propensos a desarrollar obesidad,

los niveles altos de glucosa e insulina durante el embarazo influyen en el riesgo de desarrollo de diabetes mellitus (Valladares, 2013).

Recientemente, han surgido múltiples publicaciones que plantean un posible rol de la microbiota intestinal tanto en el desarrollo de la obesidad como de la diabetes. Esta hipótesis nace de la observación de que pacientes obesos presentan una microbiota intestinal distinta a los individuos con peso normal (Farías, 2011).

Por lo que respecta a pacientes atendidos en el INP de acuerdo a su residencia en la CDMX en la tabla 4 observamos como la alcaldía con más asistencia a consultas es la de Tlalpan, lo más probable, debido a la cercanía de los habitantes de esta demarcación con el hospital, en segundo lugar, se encuentra la delegación Iztapalapa que sugiere la gran cantidad de habitantes que habitan la demarcación, lo cual se refleja con mayor demanda de servicios de salud.

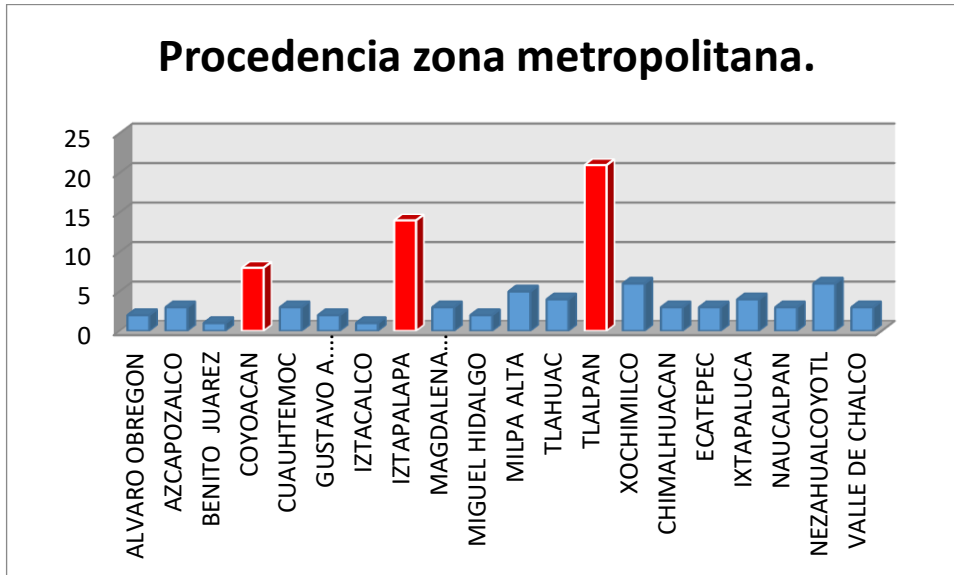
Tabla 4 alcaldías con más asistencia a consultas por primera vez atendidas en el INP.

Alcaldía	2012	2013	2014	2015
Tlalpan	516	557	571	578
Iztapalapa	489	520	486	523
Coyoacán	398	349	377	358

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la agenda estadística 2015 INP.

Existe una relación entre el total de pacientes atendidos en el INP por delegación (tabla 4) con relación de pacientes atendidos por obesidad en el año 2015 (gráfica1)

Gráfica 1 Procedencia de pacientes con diagnóstico de obesidad en el año 2015 en el INP.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la agenda estadística 2015 INP.

Sobre el Censo de Peso y Talla que se realizó en el 2012, en niños de 6 a 12 años, se indica que 43% de los varones y 37% de las mujeres ya presentan problemas de sobrepeso u obesidad. Las delegaciones con mayor prevalencia son Iztacalco, Azcapotzalco, Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc con porcentajes superiores al 19%, las demarcaciones Milpa Alta y Cuajimalpa se ubican en el extremo contrario (Quiroz, 2013).

CAPITULO III

Estado del arte

La finalidad de este capítulo se fundamenta en buscar información sobre la relación que existe entre la obesidad y el sobrepeso infantil con factores asociados a aspectos sociodemográficos bajo las siguientes preguntas ¿Qué se ha investigado?, ¿Cómo se ha hecho?, ¿A través de que método?, ¿Cuáles son los objetivos? También se busca exponer los principales resultados que se han obtenido, así como, las conclusiones y posibles soluciones.

Para la elaboración de este apartado se hizo un análisis de las siguientes plataformas: IMBIOMED, SCIELO, ARTEMISA, LILACS y MEDIGRAPHIC.

Del mismo modo, se buscó información en plataformas de universidades públicas como UNAM y UAM. Como en las páginas electrónicas de los siguientes hospitales Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), Instituto Nacional de Pediatría (INP), Hospital Infantil Federico Gómez, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En estos hospitales gran parte de la investigación se basa en aspectos biológicos y clínicos como las principales causas del problema de la obesidad y el sobrepeso considerando a los aspectos sociales como elementos importantes, pero de menor relevancia. Sin embargo, en nuestro análisis lo que se busca como parte primordial son aspectos relacionados con temáticas sociales.

De acuerdo a nuestra pregunta de investigación, así como nuestros objetivos concernientes a los perfiles sociodemográficos de padres con pacientes atendidos con sobrepeso y obesidad en el INP, no se encontró estudios con características similares,

partiendo de este argumento la búsqueda nos llevó a los determinantes sociales de la salud (DSS), ya que consideramos que los perfiles sociodemográficos están sujetos a los determinantes sociales, en otras palabras, lo que moldea estos perfiles está determinado por las condiciones sociales. De acuerdo a la OMS los (DSS) son definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluidos los sistemas de salud” (OMS, 2008). Se puede mencionar que estas circunstancias son el resultado de la distribución de la riqueza y de los recursos no sólo a nivel mundial sino también a nivel local, y esta forma de actuar depende de políticas públicas adoptadas, es decir, cómo lo aborda la perspectiva crítica los macro procesos políticos, económicos y culturales/ideológicos. En este sentido se consideró a los DSS y la determinación social de los problemas de salud/enfermedad como elementos importantes para su análisis.

El acceso a la educación, al empleo, a la vivienda, a la convivencia familiar, así como el acceso a los servicios de salud son considerados desde la mirada social generadores de diversas patologías como el caso del sobrepeso y obesidad. Por lo tanto, los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (OMS, 2013)

Salgado (2014) en su investigación titulada “Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud 2005-2012” cuyo objetivo consistió en examinar la investigación hecha en México sobre DSS durante el periodo 2005-2012, se concluyó que a pesar de que existe investigación en México sobre DSS, la instrumentación de estos hallazgos en políticas de salud no se han implementado (Salgado, 2014). Se puede decir, que la investigación sobre este tema científico es limitada. Es más, en realidad es difícil pensar que los resultados de estas

investigaciones lleguen a tomadores de decisiones encargados de generar políticas públicas para disminuir las desigualdades sanitarias. Las políticas públicas muchas veces responden a intereses económicos, políticos e ideológicos dejando de lado necesidades de la población, principalmente gente vulnerable con carencias de salud, educación, empleo, vivienda etc., por lo que se entiende, que, en este sentido, sean limitadas las investigaciones sobre DSS pareciera que estas investigaciones no pueden ayudar a generar diagnósticos para crear políticas más incluyentes, probablemente los estudios no son suficientes o los tomadores de decisiones no los toman en cuenta o puede ser que están focalizados en metas fijadas por políticas públicas. Ya que como se mencionó anteriormente, las investigaciones deben tener como fin, influir en las decisiones para generar mejores condiciones de vida. Otro factor limitante y que no se puede dejar de lado es que estos artículos se publican principalmente en el extranjero, lo que tiene como consecuencia que se publique en inglés, excluyendo de esta forma a potenciales lectores nacionales (Salgado, 2014). Como podemos observar existen diversos obstáculos para que estas investigaciones lleguen a buen cause, que genere cambios en la forma de entender y atender la enfermedad como es el caso de la obesidad y el sobrepeso.

Por otro lado, Santos (2010) en su investigación “Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas como temas de investigación” cuyo objetivo consiste en revisar la información relevante sobre el tema de los determinantes y las desigualdades sociales en las políticas de salud, este artículo hace referencia a la poca producción de este tema de investigación científica mexicana sobre las desigualdades en salud. Propone que los determinantes de la salud, no se relacionan directamente con los servicios de salud, si no con los ingresos económicos, la educación, los

derechos humanos y el acceso a servicios básicos, la situación ambiental entre otros. Partimos entonces a considerar a los determinantes sociales como moldeadores de los perfiles sociodemográficos, que generan los diferentes perfiles patológicos de la población (Santos, 2010).

Algo importante que menciona este artículo es que aun y cuando existen investigaciones con una visión multicausal no sugieren soluciones integrales para solucionar los problemas de salud actual y se enfoca a la solución sobre el desempeño del sistema público de salud. Esta visión reduccionista resulta incomprensible, cuando estos mismos estudios revelan la existencia de significativas diferencias sociales que impactan la salud de los mexicanos, como son las desigualdades educativas y de oportunidad de empleo.

Como conclusión de este artículo se menciona que, la calidad de vida de los seres humanos no depende exclusivamente de los procesos biológicos, sino que está atada a factores sociales y económicos que condicionan la salud de la población. Esta conclusión está estrechamente relacionada con nuestra investigación ya que los perfiles sociodemográficos de los padres, como, por ejemplo: donde viven, en que trabajan, percepción económica, entre otros factores, influyen en diversas patologías como es el caso la obesidad y el sobrepeso.

Como se analizó, las investigaciones sobre DSS no se les da la importancia que debería para generar cambios estructurales que influyan en disminuir problemas sanitarios a través de políticas públicas, este problema no solo es de México por ejemplo; un grupo de investigación de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Caldas Manizales Colombia, hace una revisión de las políticas implementadas en

Latinoamérica enfocadas en intervenir sobre los DSS, bajo el título: “América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas” (García, 2013). Con el objetivo de realizar una revisión de las políticas implementadas en Latinoamérica enfocadas en intervenir sobre los DSS. El análisis de este artículo, aborda las desigualdades que existen en los servicios de salud de América Latina, en esta zona la OPS ha asumido el liderazgo, en su plan de acción 2014-2019 adopta un enfoque sobre determinantes sociales desde una perspectiva transversal a sus políticas y promoviendo el desarrollo de alianzas y redes con diversos sectores de la sociedad (García, 2013). Se busca reducir las inequidades en salud mediante políticas y programas a través de los conceptos relacionados son los DSS, de este modo la mayoría de los sistemas de salud de la zona van enfocados a determinantes intermedios los cuales juegan un papel en el proceso de generación de inequidad, mas como moduladores y no como causantes primarios. Entre las conclusiones de este artículo se menciona que, si bien el alcance del estudio limita la profundidad del análisis, sí queda claro que a la luz del modelo conceptual de DSS, las políticas públicas en Latinoamérica han estado sectorizadas (García, 2013). El panorama de las políticas publica enfocada en DSS en la región latinoamericana es desigual. Se puede observar que las intervenciones públicas realizadas han abordado principalmente los determinantes intermedios, el sistema de salud, y en cuanto a los determinantes estructurales se encuentra un abordaje principalmente en el nivel socioeconómico y en la etnia (García, 2013).

En Latinoamérica existe una diversidad en políticas y formas de gobierno, en Cuba, por ejemplo, se identificó que, como en México, no existe relevante investigación sobre el tema, así como no existen registros de resultados que impacten en la salud de

la población. En su investigación “Diferenciales de la salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente de Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas 2002-2008” (Álvarez, 2011). Se destacó la existencia de una serie de errores de conducción y organización que debilitaron el sistema de salud cubano y la aparición de “determinadas desigualdades” (Álvarez, 2011).

En Cuba a través de los modelos relacionados con los DSS ha quedado claro que los niveles de salud cambian a partir de efectos inadvertidos o no, relacionados con la organización y la prestación de los servicios de salud, entendiendo a esos niveles de salud como manifestaciones del estado de salud de la población que están determinados por la cobertura, utilización, calidad, efectividad y eficiencia. Existe una prioridad en los estudios relacionados con determinantes intermedios sobre los determinantes estructurales. El análisis de este artículo refiere el estudio más a fondo sobre otras variables entre las que se encuentran los determinantes no médicos de la salud, que propone la producción mercantil, la producción de la actividad económica de servicios, la proporción de obreros e índice de instituciones culturales. Así como, factores de riesgo que propone variables de índice de alcohólicos dependientes, índice de sedentarismo e índice de sobrepeso. Vale la pena considerar que el sistema cubano de salud ha mantenido indicadores relacionados con la salud a la par de países desarrollados (Álvarez, 2011).

A partir del análisis de los cuatro artículos anteriores podemos argumentar que las políticas públicas no le están dando la importancia a las investigaciones relacionadas con los determinantes sociales, los cuales podrían generar cambios en la forma de entender y atender las necesidades en salud, ya que, por un lado, como vimos las investigaciones que se realizan para generar proyectos o acciones que cambien no

están siendo multidisciplinarias y por otro, la investigación sobre las causas sociales no es la adecuada principalmente por el poco interés de los gobiernos a través de sus áreas de investigación. También hay un reconocimiento internacional y nacional de analizar los problemas de salud/enfermedad en el marco de las necesidades en salud y de los determinantes sociales de la salud para la propuesta de resoluciones en apego a la equidad, justicia social y en la búsqueda de la disminución de las desigualdades sociales.

Por lo que respecta a la búsqueda de información en hospitales, dado que ahí se enmarca el presente trabajo, nos llevó al Hospital Infantil Federico Gómez de la Secretaría de Salud, en el cual se encontraron dos artículos relacionados con los DSS los cuales son: “Determinantes sociales de la mortalidad en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México” (Duarte, 2015) y “El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en niños” (Jasso, 2013).

En el primero de estos, “Determinantes sociales de la mortalidad en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México” (Duarte, 2015), cuyo objetivo fue identificar determinantes sociales de mortalidad infantil en zonas rurales con un bajo índice de desarrollo humano en México. En donde se tomaron varios indicadores relacionados con los DSS, como causantes de muerte infantil dentro de los cuales están las condiciones de vivienda, acceso y calidad de los servicios de salud, características de los padres como escolaridad, ocupación y la discriminación étnica (Duarte, 2015). Los resultados de esta investigación refieren que en casi todos los casos confluyeron determinantes intermedios relacionados con condiciones de vida y servicios de salud, además se encontraron deficiencias en las políticas públicas intersectoriales que garanticen el acceso efectivo a los servicios. También concluyeron que es

indispensable mejorar el acceso geográfico y cultural de los servicios de salud, así como incrementar los recursos y las competencias técnicas y de interculturalidad del personal de salud (Duarte, 2015).

El segundo artículo “El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en niños” (Jasso, 2013), hace referencia al impacto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en los niños. En México existen diferencias entre indicadores de bienestar infantil entre las entidades federativas, así como en comunidades rurales y urbanas, la situación de los niños discapacitados, la composición de las familias, las condiciones de salud, la pobreza, la vivienda, el trabajo infantil y la regulación y protección del Estado sobre estos derechos (Jasso, 2013).

La estructura de este trabajo se basa primero en exponer que son y como surgen los DSS, para posteriormente analizar estos determinantes de bienestar infantil desde una perspectiva internacional de acuerdo a países miembros de la OCDE, de acuerdo con esta organización se muestra el bienestar infantil de 11 de los 30 países evaluados, en este sentido, México ocupa el lugar 29 en bienestar material y educativo, el lugar 28 en salud y seguridad y el lugar 26 en casa y medio ambiente (Jasso, 2013). Esto nos dice que de la OCDE, México como país miembro, tiene bajas calificaciones en bienestar infantil, considerando también que los elementos analizados no reflejan exactamente el bienestar de los niños, además que varios indicadores fueron tomados en diferentes épocas lo que no refleja una misma realidad (Jasso, 2013).

Finalmente, este trabajo de investigación hace un análisis sobre condiciones de los DSS en los niños en México, a través del censo de población 2010 aplicado por el INEGI. Con diversas variables como: infancias urbanas y rurales, población infantil con discapacidad, familias monoparentales, derecho a la identidad, condiciones de salud,

salud del adolescente, vivienda, educación, población infantil trabajadora y por último leyes de protección en los estados (Jasso, 2013).

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) tiene una línea de investigación en salud y grupos vulnerables que estudian la problemática y sus determinantes en grupos sociales específicos. Bajo el enfoque de los DSS se enfatiza el papel de los factores sociales, políticos y económicos que adquieren una relevancia especial para entender la salud de los grupos poblacionales (INSP, 2015).

Sobre esta línea de investigación se encontraron dos trabajos en el INSP en relación los DSS y grupos vulnerables (González, 2011; Juárez, 2014), en los cuales queda claro que la condición de pobreza como es el caso de los indígenas, migrantes mujeres, niños, ancianos, jóvenes, y de otros grupos, es un factor que influye directamente en las condiciones de salud y que potencializa las desigualdades en salud. Esta vulnerabilidad se entiende como la desprotección de ciertos grupos ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (González, 2011). Los bajos salarios, desempleo, discriminación de género y etnia, así como los bajos niveles de escolaridad son ejemplos de determinantes que actuando de forma conjunta o individual ponen a una persona o población en situación de riesgo ante posibles factores deteriorantes de la salud como es el caso de una mala alimentación (Juárez, 2014).

De acuerdo a lo anterior, la ausencia histórica de políticas públicas enfocadas en mejorar las condiciones de vida de los grupos vulnerables, y la falta de cobertura en servicios de salud, son los cimientos sobre los que se ha sustentado este problema que padece un número elevado de personas (Juárez, 2014)

Por su parte, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encontraron seis artículos relacionados con obesidad y sobrepeso con aspectos socioeconómicos. Hay que hacer notar que en estas investigaciones es donde se encontró afinidad con nuestra investigación. Los artículos revisados son los siguientes: “Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso” (Jaramillo, 2012). “Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar” (Sandoval, 2010). “La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos” (González, 2012). “Actividad extraescolar y obesidad en niños influencia del ámbito familiar y del vecindario” (Yamamoto, 2013). “Consumo alimentario dentro y fuera de la escuela” (Alvear, 2013). “Sobrepeso y obesidad en niños de guardería” (Álvarez, 2014).

En su trabajo (Jaramillo, 2012) se plantea como objetivo determinar la asociación entre disminución de peso corporal y el funcionamiento familiar. Entre los resultados se encontró que los sujetos con familias disfuncionales⁶ el 50% no disminuyó de peso, por su parte los sujetos con familias funcionales el 9.53% no disminuyó de peso (Jaramillo, 2012). Estos resultados son significativos en relación entre familias disfuncionales y la probabilidad de no bajar de peso en este sentido la conclusión hace referencia principalmente a que pertenecer a una familia disfuncional puede ser un factor de riesgo para no disminuir de peso. Del mismo modo otra de las conclusiones notifica que la población estudiada con sobrepeso y obesidad presenta en su conjunto alta frecuencia de disfunción familiar, por lo que no solo se le debe dar apoyo dietético y prescribir actividad física, sino que también es importante brindar terapia familiar (Jaramillo, 2012)

⁶ Las familias no son normales ni anormales, funcionan bien o mal dependiendo de sus posibilidades, que a su vez dependen de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquirido a lo largo del ciclo vital (De la Revilla AL, 1994)

Por su parte Sandoval (2010) en su investigación “Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar” (Sandoval, 2010). Cuyo objetivo es identificar la asociación entre funcionalidad familiar y obesidad en niños de seis a nueve años de edad, uno de los resultados hace referencia, a las categorías probablemente disfuncional y disfuncional las cuales fueron más comunes en niños con obesidad, sin diferencias significativas, una de las conclusiones hace referencia a que no se identificó asociación entre disfunción familiar y obesidad, pero hubo más familias disfuncionales y probablemente disfuncionales en niños obesos (Sandoval, 2010).

Otros resultados trascendentales que vale la pena mencionar sobre elementos sociales que resultan de nuestro análisis sobre este artículo son las siguientes: los porcentajes identificados en la población infantil que cuentan con seguridad social es mayor a 10% de familias disfuncionales y probablemente disfuncionales en los niños con obesidad. En los niños con obesidad no hay una correlación entre la dinámica de los padres como pareja y la formación de la identidad, ambas relacionadas con el desarrollo afectivo de la familia, ya que no hay disciplina familiar, existe ausencia de toma de decisiones y falta de organización familiar, con consecuencias relacionadas con la falta de cuidado de la salud y el uso inadecuado del tiempo libre. Por otro lado, una pobre estructura de autoridad familiar tendría menor solidez, un sistema de valores inadecuado para la educación de los hijos. Esta falla propiciaría desorden en los hábitos alimenticios, menor tendencia a la actividad física y menor conciencia del auto cuidado y autoestima. Estas condiciones familiares son un factor de riesgo para padecer sobrepeso u obesidad (Sandoval, 2010).

En la investigación “La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos” (González, 2012). Como objetivo, fue identificar la asociación entre obesidad y disfunción familiar en escolares derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se encontró que en los escolares analizados existe asociación entre disfunción familiar y obesidad. Un hallazgo notable de este artículo fue que existe 63% mayor de riesgo de obesidad en familias disfuncionales. Así mismo, se expone que niños que conviven en ambientes familiares desfavorables donde existe maltrato o relaciones problemáticas entre hijos y padres, se generan alteraciones o francos trastornos de conducta alimentaria que culmina en obesidad (González, 2012). En la discusión se hace hincapié a los factores sociales que impactan directamente al problema de la obesidad como: la negligencia parental, abusos en la niñez, alteraciones socioeconómicas en la familia, además de ambientes familiares obesogénicos (familias con desviaciones importantes en los hábitos de alimentación gran sedentarismo y una tendencia a la exposición prolongada a la televisión) (González, 2012). Asimismo, las actividades laborales actuales implican que los dos padres trabajen, o bien que en las familias monoparentales ya sea la madre o el padre tienen que trabajar dos turnos dejando la responsabilidad de los hijos a terceras personas, este tipo de actividades influyen en gran porcentaje de ser integrantes de familias disfuncionales que afectan directamente en problemas de salud. Por lo cual, el autor considera importante la necesidad de explorar a mayor profundidad el papel que desempeña la dinámica de las familias mexicanas en la patogenia de la obesidad y sus comorbilidades (González, 2012).

Por lo que respecta a la investigación “Actividad extraescolar y obesidad en los niños influencia del ámbito familiar y del vecindario”. Yamamoto (2013) establece como

su objetivo conocer las características somatométricas de los escolares y sus padres e investigar las actividades extraescolares que realizan y las que les gusta realizar y la razón por lo que no lo hacen (Yamamoto, 2013).

Los resultados hacen énfasis sobre las actividades sedentarias como ver televisión y videojuegos, las cuales fueron las más altas, mientras tanto las actividades deportivas fueron las más bajas, principalmente en las niñas. La falta de tiempo de los padres, los bajos recursos económicos de la familia y la falta de espacios seguros fueron otros de los factores negativos más importantes (Yamamoto, 2013) .

Un punto relevante de este estudio es el lugar donde se realizó el estudio, una escuela de alta densidad poblacional, con alto tráfico de automóviles, ausencia de banquetas deportivos y parques, inseguridad y violencia en las calles, concierne a los padres, existe baja escolaridad, falta de tiempo, dinero, así como desconocimiento sobre las actividades lúdicas que pueden ofrecer a sus hijos. Estos factores explican la baja actividad física y deportiva que llevan los niños (Yamamoto, 2013).

Otro factor, que no se le da mucha importancia y que está presente es el tiempo que los infantes pasan en la escuela principalmente en las primarias, el cual fluctúa entre las cuatro horas por consecuencia los niños tienen más tiempo para tener actividades relacionadas con el ocio por consiguiente una vida sedentaria, en la actualidad existen escuelas de tiempo completo, pero no son suficientes (Yamamoto, 2013).

Por lo que se refiere al artículo, “Consumo alimentario dentro y fuera de la escuela” (Alvear, 2013), cuyo objetivo fue explorar las conductas alimentarias más allá del entorno escolar que pudieran favorecer la obesidad. Los resultados refieren que los participantes indicaron consumir refrescos y jugos enlatados con alta frecuencia y en

cantidades importantes (80%), también se encontró el alto consumo de alimentos lácteos industrializados con alto valor calórico, además la poca ingesta de alimentos de origen animal, 30% de la población comía cuatro o cinco veces al día y 10% una o dos veces. Estos resultados se encuentran asociados a las características somatométricas, ya que 37.6% de la población presento sobrepeso u obesidad (Alvear, 2013).

Otros resultados relevantes son los siguientes: las conductas alimentarias registran que casi la mitad de los niños encuestados no tomaban leche, pero una tercera parte consumía productos lácteos industrializados todos los días, en lo que se refiere al consumo de frutas solo 13% lo hacía diariamente, mientras que 7% consumía vegetales todos los días, en contraste a lo anterior 36% consumía más de un refresco al día, por otro lado, 50% de los niños lleva dinero a la escuela de los cuales el 19% utilizaba el criterio costo-cantidad, los niños visualizan la cantidad por el precio y aunque existe frutas y verduras los niños tienen preferencia por la pizza, jugos industrializados, sopas instantáneas, hot dogs y las frituras. Otro dato relevante es que solo 12% de los niños desayuna con alguien, la otra cantidad o no desayuna o desayuna solo, a la hora de la comida el 42% lo hace con la televisión encendida con programación enfocada al consumo de alimentos con altas calorías (Alvear, 2013)

Por lo cual, el autor propone que para prevenir la obesidad son necesarios programas de educación que involucren a profesores, padres de familia y escolares, para obtener conductas saludables y preservar la salud (Alvear, 2013).

Esta investigación nos muestra la realidad de los hábitos alimenticios en escolares donde prolifera el consumo de alimentos hipercalóricos, además nos muestra la poca convivencia a la hora de consumir alimentos entre hijos y padres lo que conlleva a la poca vigilancia sobre lo que consumen los pequeños, aunque no se le da la

importancia que se merece los aspectos socioeconómicos sobre factores que influyen con el sobrepeso y la obesidad.

Por último, en la investigación efectuada por Álvarez (2014) cuyo título es “Sobrepeso y obesidad en niños de guarderías” el autor se planteó determinar la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños de guarderías de la delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social en Baja California Sur.

Entre los resultados se encuentra que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 17.3% en general; en la zona centro fue de 30%, en la zona norte de 8.5% y en la zona sur de 7.6%. Observando que no hubo relación entre el diagnóstico y la edad. Entre las conclusiones se encontró que en la zona centro se observó la prevalencia más alta, probablemente debido a los contextos culturales y sociales (Álvarez, 2014).

Estos componentes resultan relevantes, ya que son atribuibles a que la mayor prevalencia de obesidad en la zona centro de la paz se deba a los procesos de urbanización y lo que conlleva; por su parte en la zona norte existe importante migración del sur del país donde se identifica la mayor prevalencia de bajo peso (Álvarez, 2014).

Este estudio hace una comparación entre zonas de un mismo estado (norte, centro-La Paz y sur), se eligieron 7 de 15 guarderías distribuidas en Baja California Sur (Álvarez, 2014). Con los resultados se hace un análisis con respecto a la prevalencia en comparación con Brasil y Estados Unidos con resultados que demuestran la diversidad entre zonas y de forma general, así en las tres zonas la prevalencia es menor en comparación con Brasil con 28.8% y Estados Unidos con 26.2%, sin embargo es mayor en la zona centro con 30% (Álvarez, 2014).

La conclusión de este capítulo consiste en dar a conocer qué se ha investigado sobre la obesidad y el sobrepeso desde una mirada social, entendiendo esto como los factores que generan de raíz el problema de estas enfermedades, en este sentido se expone lo siguiente: las investigaciones sobre determinantes sociales en las cuales se retoma el marco teórico son escasas. En México se encontró investigación relacionada solo en algunas instancias como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el INSP y el Hospital Infantil, ante estos hechos la forma de entender la obesidad está siendo reducida, ya que la falta de investigación desde una perspectiva colectiva está generando estrategias focalizadas a los estilos de vida poco saludables y deja de lado aspectos sociales, que como se vio en este capítulo son parte fundamental en estos procesos y aún más tiene un sentido relevante para no poder solucionar este problema, ya que como vimos una familia con problema sociales tiende a tener más problemas relacionados con la salud

CAPITULO IV

Marco teórico

El presente capítulo hace referencia a las categorías conceptuales y elementos teóricos con los que se analizan los datos de esta investigación; elementos primordialmente sociales, para entender de diferente forma las causas de las enfermedades en especial el sobrepeso y la obesidad, eje de la presente investigación.

Existe la necesidad de ver y analizar de manera integral el sobrepeso y la obesidad, no solo desde una mirada biomédica, como lo es la herencia, epigenésis, microbioma, ingesta calórica y gasto energético y cuestiones endocrinas que ya se explicaron anteriormente.

Para nuestro análisis es importante entender que los procesos salud enfermedad tienen un carácter social e histórico, ya que a través del tiempo las enfermedades han cambiado, así como la distribución de ciertas enfermedades entre los diferentes grupos sociales, por ejemplo, la obesidad y el sobrepeso a través de la historia ha transformado la forma de ver su realidad, anteriormente eran consideradas una característica propia de grupos con niveles económicos altos, con cierta posición social, así como un signo de salud, más que un problema de enfermedad. En la actualidad los problemas de sobrepeso y obesidad recaen principalmente en el contexto de la desigualdad social donde la población de escasos recursos o grupos en vulnerabilidad son los que tienen los índices más altos: desde este enfoque encontramos elementos tanto históricos como sociales que influyen directamente en este problema de salud pública.

Por tanto, el acceso a los servicios y la satisfacción de necesidades básicas como: salud, infraestructura doméstica (agua potable, drenaje, saneamiento, equipamiento básico del hogar), educación, empleo, vivienda, alimentación, vestido, así como la funcionalidad familiar a manera de ser parte integral o modeladora de la educación alimentaria principalmente en niños; son elementos donde podemos remarcar que la obesidad y el sobrepeso tiene su génesis en factores multidimensionales principalmente sociales.

En los últimos años las crisis económicas, la implementación de un Estado-Mercado a través de políticas de corte neoliberal, la disminución de los salarios, las migraciones del campo a espacios urbanos, la disminución de los Estados como generador de bienestar social, las prácticas de consumo, entre otras características, condicionan la realidad de la población en general, de aquí se parte para realizar una crítica hacia los factores de riesgo y estilos de vida, como fuentes generadoras de obesidad y sobrepeso además de culpabilizar al individuo sin considerar que las personas se insertan en contextos sociales que limitan las decisiones que toman en torno a sus hábitos y conductas, por tal motivo, existe la necesidad de visualizar a los elementos sociales como parte fundamental de diversas patologías

Las políticas laborales implementadas en los procesos de industrialización han desarrollado considerablemente las fuerzas productivas, pero también han generado las desigualdades sociales: el mantenimiento de salarios bajos, la transferencia de recursos del campo a la industria, la inversión extranjera y una política fiscales en favor del capital industrial (Laurell, 1978). Como resultado encontramos condiciones laborales y materiales de vida precarias: salarios mal remunerados, jornadas laborales amplias, centros de trabajo lejanos, disminución de derechos laborales. Desde esta mirada

crítica, el empleo y todas sus características, considerando también el desempleo, deben ser aceptados como elementos clave para generar desigualdades sociales que se ven reflejadas en problemas de salud; lo cuales se potencializan al agregar desigualdades: económicas, políticas, culturales y de género, esta sinergia también se aplica para el caso del sobrepeso y la obesidad.

El paradigma biomédico indica que los problemas de salud ocurren en el individuo y se expresan en los signos y síntomas resultado de una alteración en la homeostasis; para la perspectiva crítica y colectiva (Breilh, 1989) indica que los problemas de salud se pueden estudiar en los colectivos, los cuales se expresan en los perfiles patológicos y que son resultado de las desigualdades sociales.

Las estrategias para disminuir o que no avance el problema de obesidad y sobrepeso han sido poco efectivas, se propone pues, una mirada crítica, a partir de la cual, nos enfocamos y partimos de la idea que las causas que originan estas patologías son principalmente sociales, con una base biológica, sin duda, pero que es de interés en este trabajo la dimensión social.

Este marco nos da pie para entender y explorar el problema, así como para dar posibles soluciones. Para ello partimos de la premisa que hay dos modelos, uno hegemónico relacionado principalmente con cuestiones biomédicas que incluye elementos sociales como son: los factores de riesgo y los estilos de vida poco saludables, esta visión tradicional que se enfoca en el individuo y analiza la enfermedad desde las anormalidades bioquímicas y busca las causas en un desequilibrio biológico del individuo, desde esta dimensión la obesidad y el sobrepeso son vistas como la causa de una dieta rica en calorías y la vida sedentaria, por consiguiente,

responsabiliza al individuo de sus hábitos y conductas, o bien, las causas las ubican en la genética u otras enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso.

Para la Secretaria de Salud bajo los estándares de la OMS y de otras instancias tanto nacionales como internacionales no necesariamente relacionadas con la salud, las causas de la obesidad y el sobrepeso están relacionadas con aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, descenso en la actividad física, además reconoce que estos cambios son consecuencias de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, agricultura, transporte, planteamiento urbano, medio ambiente, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y educación (Salud, 2015). Además, otra característica de esta corriente es que fomenta soluciones a partir de información repetitiva que el individuo ya la conoce; esta información apuesta por cambios en conductas y hábitos, así como en patrones relacionados con el comportamiento de los individuos y en la educación nutricional.

Por su parte, el otro modelo considerado socio-médico, el crítico, hace referencia a la necesidad de hacer frente a problemas tanto de salud como de enfermedad considerando las capacidades y potencialidades de los colectivos, pero para ello se deben vincular todas las necesidades del ser humano, tanto la necesidad en salud como de alimentación, educación, vestido y seguridad.

Anteriormente se mencionó a los determinantes sociales de la salud (DSS) como parte fundamental de nuestro análisis, los determinantes sociales como las causas en la generación de la enfermedad. De acuerdo a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) existen dos tipos de determinantes sociales de la salud. Primero, están los determinantes estructurales los cuales están conformados, por la posición

socioeconómica, la estructura social y clase sociales, de esto depende la educación, la ocupación y los ingresos, la posición socioeconómica configura los determinantes sociales intermediarios, los cuales incluyen un conjunto de elementos caracterizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales (ALAMES, 2008).

Profundizando en el carácter social de la salud-enfermedad, no podemos dejar de lado la economía, parte fundamental en un mundo globalizado. La acumulación de capital es una característica propia del sistema y una forma particular de organización de los seres humanos que hace ya varios años tiene su auge con el capitalismo, y en nuestra sociedad es parte fundamental para llegar a tener cierto estatus social. Vivimos en una sociedad donde los valores económicos están sobre todas las cosas, ya que las personas, por generar mejores condiciones de vida, está dejando de lado la salud, se queda en segundo o tercer plano, lo importante es generar capital económico.

Sin embargo, no todos tienen las mismas oportunidades de acceder a un buen empleo que les genere bienestar y estabilidad económica, partimos pues, de esta gran diferencia entre la forma de insertarse a los medios de producción ya que, en la mayoría de las empresas, industrias y servicios se requiere de recursos humanos a los cuales se les pagan salarios bajos, así como realizan sus labores en condiciones precarias. Podemos entender una parte de las desigualdades sociales como la apropiación desigual de bienes y servicios, por lo tanto, este es un elemento clave para ciertas patologías como lo es el sobrepeso y la obesidad. De acuerdo con la OMS, las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas más pobres de los países y la población que goza de buena salud suele ser más productiva (OMS, 2003).

El trabajo es el punto medular para obtener capital o ciertos bienes materiales, como vivienda, vestido, alimentación, recreación entre otras cosas, pero no todos los individuos tienen trabajos bien remunerados o salarios para cubrir las necesidades básicas. Las características de las políticas laborales han cambiado, generando un deterioro en las condiciones de vida de los individuos. De acuerdo al informe sobre determinantes e inequidades en salud de la OPS, el aumento de la población en edad de trabajar durante las últimas décadas, así como el aumento en la urbanización han repercutido sobre la economía y el mercado de trabajo, en la región existe una transición laboral, ya que se ha disminuido los trabajos agrícolas y manufactureros, concentrándose en el sector de servicios, este mismo informe nos muestra que mientras menor es la posición en el gradiente de ingresos, mayor es el retraso de la sociedad (OPS, 2012).

La falta de recursos económicos también afecta a la seguridad alimentaria, en una sociedad moderna como la nuestra, el acceso restringido y la poca importancia a alimentos de calidad nutritiva son factores negativos que denota en problemas de salud dándole una relevancia en especial al sobrepeso y la obesidad. Vale la pena plantear cómo la alimentación y la nutrición son procesos complementarios que no pueden analizarse solo como procesos fisiológicos.

Para Rivera (2007), la forma como los grupos humanos acceden al alimento, así como las expresiones biológicas de este acceso son, en un principio, resultado de interacciones entre procesos sociales de diversos niveles de complejidad, así como también menciona que la epidemiología tradicional ha negado a la necesidad colectiva de alimentarse como histórica y la reduce a una lógica de causa-efecto, y

los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales son considerados en todo caso factores de riesgo, sin ponderar cada uno de estos elementos (Rivera, 2007. p.154).

Desde la salud colectiva, los procesos de producción, comercialización, accesibilidad y distribución de los alimentos, así como el valor nutritivo de estos deben ser considerados como determinantes de los procesos salud enfermedad, y como analizamos anteriormente son procesos que están estrechamente entrelazados. El acceso a cualquier alimento, ya sea de calidad nutricional o de baja calidad, lo tenemos que exponer como determinantes que influyen directamente en la salud colectiva (Rivera, 2007).

En la necesidad de repensar la alimentación y la nutrición como procesos complementarios y socialmente determinados, el enfoque de salud colectiva juega un papel central, dado que, a través de esta perspectiva teórica, satisfacer el hambre no se reduce a un asunto meramente fisiológico (Rivera, 2007. p.154).

En la actualidad el acceso igualitario de alimentos para los diversos miembros de la sociedad es deficiente, la accesibilidad al alimento determina los niveles de nutrición; los grupos no se insertan a la producción de la misma manera y, en consecuencia, sus patrones de consumo son heterogéneos, por consiguiente, el acceso a los alimentos se da de manera diferencial al interior de las sociedades (Rivera, 2007).

La alimentación tiene que ver con factores fisiológicos, psicológicos, culturales y sociales, debe considerarse como una integridad biopsicosocial (Bourges, 2004). Además, comenta lo siguiente:

Lo mismo que la nutrición, la alimentación de la población mexicana es muy heterogénea, especialmente si se comparan regiones y estratos socioeconómicos. En el aumento de la prevalencia de la obesidad tiene un gran peso el proceso de urbanización y la modernización de la dieta se ha adoptado un modelo occidental de consumo, que en términos de salud y costos tanto económico como ecológico es poco deseable (Bourges, 2014. p.4)

En los hogares la falta de alimentos con valor nutricional se da principalmente cuando los recursos económicos son restringidos y cuando el tiempo es limitado para preparar alimentos: la pobreza y la urbanización influyen en la inseguridad alimentaria, así como en una nutrición inadecuada, esto se agrava por los precios de los alimentos debido a la volatilidad de los mercados financieros, la crisis energética y ecológica. La población con menores ingresos es más vulnerable, sobre todo la urbana, ya que depende de la compra de alimentos para sobrevivir (Del Ángel, 2014).

La mercadotecnia está presente en nuestra vida cotidiana, siempre en cualquier lugar, existe publicidad y la de los alimentos tiene una maquinaria impresionante bajo la premisa de consumir. Parte fundamental de este problema es la publicidad principalmente en la televisión y de acuerdo a lo que analizamos anteriormente, gran parte de tiempo de recreación que utilizamos los mexicanos principalmente niños es el ver televisión, esta herramienta es utilizada para el bombardeo de publicidad de alimentos poco saludables. De acuerdo a la OMS, esta publicidad se aprovecha de la inexperiencia y credulidad de los niños y es una de las causas que contribuye significativamente al deterioro de los hábitos alimenticios de los menores, responsable de la crisis de sobrepeso y obesidad infantil en México (consumidor, 2014)

Otro fenómeno que determina problemas de salud en torno a este tema, y que se ha agudizado en los últimos años, es la migración a las grandes ciudades. La migración es un elemento en el que vale la pena detenerse para realizar un análisis como parte de la determinación social que se ve reflejado en ciertas condiciones de materiales de vida. Una particularidad de los seres humanos es buscar migrar hacia las metrópolis principalmente para tener mejor calidad de vida, generando múltiples factores deteriorantes para la salud que a su vez genera ciertas patologías propias de cada grupo social, es precisamente ese sistema de contradicciones entre bienes y valores de uso que se disfrutan, así como fuerzas deteriorantes (contra valores) que padecen, a lo que se ha denominado “perfil de salud enfermedad” (Breilh, 1989). En este sentido, se van a establecer perfiles patológicos de grupos con características sociales similares; lo que permite describir perfiles epidemiológicos.

En otras palabras, los individuos buscan siempre una vida mejor, mejores condiciones para coexistir, pero en esa búsqueda se deteriora la salud, generando diversos cambios en la vida cotidiana. Estos cambios se expresan en roles que están causando alteraciones en las formas de subsistencia.

Las migraciones van de la mano con desempleo, empleos mal pagados, vivienda con falta de servicios, desintegración familiar, alta probabilidad de alcoholismo y tabaquismo, falta de acceso a salud y educación, entre otros factores negativos para la salud humana. Siguiendo a Breilh (1989), nos permite conceptualizar lo anterior tomando en cuenta dos grandes momentos de la reproducción social: la producción y el consumo.

Los miembros de cada clase social, “de acuerdo con su especial modo de inserción en la esfera productiva, con sus patrones característicos de consumo, con sus

formas específicas de organización y cultura, se desenvuelven en medio de un sistema contradictorio, en el que se oponen, por un lado, los bienes o fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan la salud y el avance de los procesos biológicos, por otro, los aspectos destructivos que los constriñen y deterioran” (Breilh, 1989. p.4)

Ejemplo de lo anterior podemos decir que los migrantes que arriban a la Ciudad de México en busca de mejores condiciones de vida, encuentran desigualdad sobre todo en el ámbito laboral, por lo que acceden a los trabajos menos calificados. Estas desigualdades en empleo se ven afectadas de forma negativa con los más pobres los cuales tienen menor acceso a la educación, por consiguiente, tienen los trabajos más pesados, peligrosos, mal remunerados y con jornadas más largas. Las condiciones laborales son precarias: se trabaja doble turno o periodos superiores a ocho horas, exposición a mayores riesgos y exigencias, largos trayectos de traslado: los trabajadores viven en las orillas de las grandes urbes, como es el caso de la Ciudad de México, como resultado encontramos que ocupan mucho tiempo para trasladarse a su de trabajo, además de gastar una cantidad de dinero significativa que la mayoría de las veces es un factor determinante para la disminución en la calidad de vida.

Otro elemento teórico fundamental, sobre los determinantes sociales, es el acceso a la seguridad social, en muchas ocasiones el acceso a la seguridad social tiene que ver con el acceso al empleo, de aquí partimos para argumentar que la forma de insertarse en la esfera productiva condiciona el acceso a los servicios, como el caso relacionado con los servicios de salud. El sistema de salud mexicano tiene un carácter dual, puesto que se compone de dos amplios sectores representados, uno, por los derechohabientes, y el otro por aquellos a los que no cubre la seguridad social (Tamez,

2005). Esta segmentación provoca una desigualdad en el acceso a los servicios de salud, esto es porque no todos tienen la misma atención para la misma necesidad en salud, la seguridad social en México, está fragmenta y hay al menos 2 instituciones que cubren a los trabajadores formales, como el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Por otra parte, se encuentran las personas que tienen la capacidad de pagar por los servicios de salud; seguro de gastos médicos o consultas particulares, del mismo modo, también se encuentra las personas que no cuentan con ninguna seguridad social requiriendo así del pago por estos servicios. Por consecuencia no todos acceden y tienen cobertura de servicios de salud, esto implica desigualdad en el acceso a los servicios. La crítica hacia esta forma fragmentada en los sistemas de la salud radica en la ineficacia y los pocos resultados, México carece de la infraestructura y la organización suficiente para proporcionar la atención integral a los pacientes (Salinas, 2013).

Todos estos determinantes sociales interactúan para generar condiciones materiales de vida, los cuales pueden ser positivos o negativos. Estos elementos, además, aunados a la dinámica familiar pueden potencializarse; las familias que conviven en ambiente hostil tienen más posibilidades de tener ciertas patologías como: obesidad y sobrepeso, alcoholismo, tabaquismo y consumo de otras drogas. La obesidad ha sido considerada como trastorno psicossomático, por diversos autores, quienes han sugerido que la dinámica familiar juega un papel trascendente en la génesis de aquella (Saldaña, 2009).

De acuerdo a los elementos anteriormente señalados, estos factores van más allá de trastornos biológicos, debido a que tienen su origen en fenómenos sociales, los cuales determinan los perfiles epidemiológicos que ayudan dilucidar los procesos salud enfermedad.

El conocimiento objetivo de la salud y sus problemas debe relacionar las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales y para entender de forma objetiva la salud y sus problemas, se debe relacionar las formas de vida o de producción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan (Breilh,1989. p.2)

Por ejemplo, las altas tasas de morbilidad y mortalidad entre las que se puede mencionar la obesidad y el sobrepeso.

La dimensión social y biológica no se puede explicar de forma aislada, es importante señalar que las características propias físicas de los sujetos y la forma de insertarse en la sociedad son elementos para generar diversas anomalías en la salud de los individuos, así como en los colectivos.

Breilh propone, la necesidad de observar las leyes históricas de la producción y la organización de las sociedades para explicar las causas más profundas de la enfermedad, además menciona lo siguiente:

La teoría epidemiológica moderna reconoce la relación dialéctica que ocurre entre las fuerzas determinantes más amplias y la posibilidad de que existan fenómenos singulares en los individuos; o sea, reconoce la necesidad de observar las leyes históricas de la producción y la organización de la sociedad para explicar las causas más profundas de la enfermedad, pero también reconoce que el único camino para

comprender lo específicamente epidemiológico es saber cómo es que los procesos biológicos actúan y se transforman en el seno de ese movimiento más amplio, para originar los fenómenos epidemiológicos (Breilh, 1989. p.4)

En este sentido, se considera que los procesos salud enfermedad tiene un carácter social e histórico, esto es así, porque adquiere historicidad puesto que esta socialmente determinado, es decir, no basta con explicar lo biológico, es necesario demostrar cómo está articulado en el proceso social. Pero el carácter social del proceso salud/enfermedad no se limita a su determinación, sino que el proceso biológico humano mismo es social (Laurell, 1981).

No existe una normalidad biológica de los seres humanos ya que de acuerdo al momento histórico o en las condiciones que vive es como van cambiando los procesos salud/enfermedad. Además, los seres humanos cuentan con ciertas características para poder adaptarse al medio donde se desarrolla, por lo tanto, esta forma de insertarse al medio va a generar ciertas patologías, en este sentido, la obesidad y el sobrepeso son el resultado de ciertos estilos de vida poco favorables que se ven limitados por las condiciones materiales de vida. En el análisis de la diversidad de las formas biológicas arriba referido, casi ineludiblemente se retoma el concepto de adaptación, ya que se ocupa de dos aspectos básicos de este problema; por un lado, la capacidad del cuerpo de transformar sus procesos fisiológicos ante estímulos externos –su plasticidad- y por el otro, las causas de sobrevivencia de unos y muerte de otros (Laurell, 1994). Como, por ejemplo, la esperanza de vida, enfermedades infectocontagiosas, enfermedades crónico degenerativas, entre otras morbilidades, surgimiento de nuevas enfermedades y erradicación de otras; todas estas características han variado a través del tiempo y la historia del hombre.

En resumen, existen diversos factores sociales que influyen directamente en cuestiones de salud, dentro de los cuales la obesidad y el sobrepeso no se encuentran exentos. Como se ha mencionado, existen dos componentes esenciales que definen la calidad de vida de una población: el momento productivo a través de las condiciones de trabajo (Laurell, 1991) y el momento de consumo (Breilh y col.1987; Blanco y Sáenz, 1994), que se en la vivienda y en los espacios de recreación y descanso. Tenemos noción de calidad de vida que se puede verificar por el concepto condiciones materiales de vida, mismas que son entendidas como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación (Blanco, 2007)

CAPITULO V

Metodología

Este trabajo plantea una investigación sobre el perfil sociodemográfico de los padres cuyos hijos son pacientes del Instituto Nacional de Pediatría (INP) con comorbilidades asociadas al sobrepeso y obesidad en el año 2015, mediante la revisión de expedientes clínicos. Se revisan los casos de niños y niñas atendidos en el INP que presentan obesidad y sobrepeso y además tienen otro diagnóstico, esto es así porque, el INP al ser un hospital de 3er nivel atiende a pacientes con patologías muy específicas de alta especialidad. El propósito es revisar las características sociodemográficas para tener un panorama general de la población que acude al INP para así plantear propuestas desde la promoción de la salud.

Con las historias clínicas se pudo acceder a diversas variables relacionadas tanto del paciente como de su contexto familiar, damos por entendido que el perfil sociodemográfico de los pacientes está inmerso en el contexto de los padres, estas variables son: datos de los padres en donde se evaluaron la edad, sexo, ocupación, vivienda, escolaridad y nivel socioeconómico. Así mismo, se obtuvo el registro de las siguientes variables: peso, graficas de cohorte para obesidad, así como en algunos casos el IMC, además todos los estudios realizados a los niños como pruebas de laboratorio, rayos X, entre otros estudios.

Como se mencionó anteriormente el diagnóstico de la obesidad y el sobrepeso en el INP puede coexistir con otro diagnóstico. De tal forma solo nos enfocamos en el sobrepeso y la obesidad. La esencia de nuestro estudio es conocer, analizar y exponer

las características sociodemográficas de todos los pacientes que acudieron en el año 2015 al INP con diagnóstico de sobrepeso y obesidad.

Los datos de los padres son: edad, ocupación (este rubro es importante ya que de aquí se desglosa en varias categorías dependiendo en que laboran) el ingreso mensual, escolaridad, procedencia, estado civil, tipo de familia (nuclear o monoparental), vivienda: A través de toda esta información se otorga un nivel sociodemográfico que va del 1 al 6 donde, el 1 es el nivel más bajo, y el 6 el más alto. Son estos los datos los que se sistematizaron y analizaron.

Se realizó un estudio descriptivo porque los datos obtenidos describen las cualidades de los analizados, así como ser transversal de modo que los datos analizados representan un espacio y un tiempo además de ser retrospectivo ya que los datos son analizados de hechos que ya sucedieron.

El universo consiste a todos los pacientes menores de 18 años tratados en el Instituto Nacional de Pediatría en el año 2015 ya sean internos o externos, sin haber sido dados de alta en este periodo, con expediente o historial clínico vigente.

El análisis se sustenta con la revisión de las historias clínicas, puesto que son sujetos con características específicas y similares en este sentido la muestra es intencional no probabilística.

Criterios de inclusión

En esta investigación se incluyeron los expedientes de los menores de 18 años, tratados en el INP en el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2015 diagnosticados con sobrepeso u obesidad sin importar si tiene otra patología.

Criterios de exclusión

Quedaron excluidos los expedientes de todos los menores de 18 años, atendidos en el INP que no incluyen en su diagnóstico la obesidad y el sobrepeso en el periodo establecido.

Recopilación y análisis de la información.

El plan de análisis consistió en verificar la estandarización de las variables de nuestro interés, en otras palabras, variables que estuvieran presentes en todas las historias clínicas, posteriormente se capturaron las variables en una base de datos en el programa Excel, con la base de datos completa por una parte, se construyeron los perfiles sociodemográficos de los padres y por otra, se realizaron gráficas las cuales se analizaron y se compararon con otros datos como, indicadores, encuestas y resultados de otras investigaciones. Con estas comparaciones se verificó la semejanza o no de nuestros datos con otros indicadores y resultados. También en nuestro análisis se realizó y se analizó una correlación entre variables (ocupación y escolaridad) en el programa SPSS versión 21, esto con el propósito de ver que tanto la escolaridad influye en el empleo de los padres, que a su vez se refleja en las condiciones materiales de vida.

Por último, se realizó una retroalimentación de todos capítulos de este trabajo de investigación con la finalidad recabar los elementos que nos ayuden a proveer conclusiones y proponer posibles soluciones a través de las herramientas y conceptos realizados durante la carrera relacionada con Promoción de la Salud.

CAPITULO VI

Análisis y resultados

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) pertenece a un grupo de hospitales vinculado de instituciones con programas de carácter social, cuya población objetivo es la que cuenta con empleo informal, autoempleo y, en específico, la carencia de seguridad social médica, predominantemente en contextos de precariedad, estado de pobreza, contextos de vulnerabilidad o marginación, con bajo ingreso familiar (INP, 2016).

En el INP en el año 2015 la primer causa de morbilidad hospitalaria fue leucemia linfoblástica aguda con 158 casos, y la obesidad no específica en el lugar 10 con 83 casos (INP, 2015), estos 83 casos son considerados como patologías primarias, el resto de los casos (57) están dentro de comorbilidades asociadas al sobrepeso y obesidad.

En el año 2015 el INP atendió a 256,833 casos en la consulta externa, donde las principales causas fueron malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, de la misma manera las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se encuentran en cuarto lugar de atención (INP, 2016) se atendieron a 140 pacientes con el diagnóstico secundario de obesidad y sobrepeso. El 54% son hombres mientras tanto el 46% son mujeres (tabla 5). Estos datos cotejados con la encuesta ENSANUT 2012 concuerdan en relación en que los niños tienen mayor porcentaje de obesidad y sobrepeso en comparación con las niñas ambos en edad escolar (5 a 11 años), de tal modo los niños tienen una prevalencia combinada entre obesidad y sobrepeso de 36.9% en comparación que las niñas 32% (ENSANUT, 2012).

Tabla 5. Pacientes atendidos en el INP en el año 2015 por obesidad y sobrepeso.

Sexo.	Número.	Porcentaje.
Femenino	65	46 %
Masculino	75	54 %
Total	140	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

En relación a la procedencia de pacientes atendidos, la gran mayoría proviene de la zona metropolitana (la Ciudad de México y los municipios conurbados del Estado de México) con casi el 70% de pacientes (tabla 6). De este 70% las delegaciones que tienen mayor prevalencia de atención son: Tlalpan 21%, Iztapalapa 14%, Coyoacán 8%, Xochimilco 7%, concerniente al Estado de México, el municipio de Nezahualcóyotl con 7% es donde refieren la procedencia de vivienda para su atención (Tabla 7).

Tabla 6. Procedencia de pacientes atendidos en el INP en el año 2015 por obesidad y sobrepeso.

Procedencia.	Núm. casos	Porcentaje.
Zona metropolitana	97	69.30%
Otros municipios	43	30.70%
Total	140	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

Como observamos en la tabla 7 Tlalpan es la alcaldía con más pacientes atendidos en el INP con relación a la obesidad y el sobrepeso, es posible que se deba a la cercanía de esta alcaldía con el hospital, que se encuentra geográficamente en la zona limítrofe de la alcaldía de Coyoacán. Por lo que se indago sobre las condiciones socioeconómicas de la población de esta alcaldía, ya que la población que atiende el INP son pacientes de escasos recursos sin seguridad social. Por lo que se realizó una búsqueda sobre el Índice de Desarrollo Humano el cual tiene como objetivo medir el conjunto de capacidades y libertades que tienen los individuos para elegir entre formas de vida alternativas. Para ello se toman en cuenta tres dimensiones básicas para el desarrollo: 1) la posibilidad de gozar de una vida larga y saludable; 2) la capacidad de adquirir conocimientos; 3) la oportunidad de tener recursos que permitan un nivel de vida digno (PNUD, 2014).

Así se encontró que en la Ciudad de México las delegaciones con menos IDH en general y en los rubros de ingresos y educación son: Milpa Alta, Tláhuac e Iztapalapa respectivamente, en lo que se refiere a salud los menos calificados son: Milpa Alta, Cuajimalpa de Morelos y por último Xochimilco (PNUD, 2014). Como podemos observar la delegación Tlalpan no se encuentra dentro de las delegaciones menos favorables con respecto a estos indicadores, sin embargo de acuerdo al Índice de Bienestar Social de la Ciudad de México (IBS-CDMX), y en lo que se refiere a el acceso a la salud el cual se calcula como el porcentaje de la población que cuenta con servicios médicos (instituciones de seguridad social o privadas), o bien sea beneficiario de alguno de los programas sociales (CDMX es salud Hospitalización, CDMX es Salud, Médico en tu casa y Urgencias Médicas), el porcentaje de acceso a servicios de salud en las Delegaciones oscila entre 77% y 85%, y el promedio en la CDMX de 81%. Azcapotzalco

se perfila como la delegación con mayor acceso (85%), mientras que Tlalpan, Iztapalapa, Xochimilco y Cuauhtémoc como las bajas (77%) (SEDESO, 2016). Por otra parte, el Coneval nos muestra que la delegación Tlalpan en el año 2010 su índice de rezago social (IRS) se encuentra en el nivel de muy bajo, este índice proporciona resumen de cuatro carencias sociales de la medición de la pobreza del CONEVAL: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a los servicios básicos de vivienda y la calidad y espacios de vivienda (CONEVAL, 2017).

A través de estos indicadores se puede decir que tanto la alcaldía Tlalpan como la de Iztapalapa se encuentran entre las que tienen menos acceso a los servicios de salud en comparación con las otras, lo que sugiere explicar por qué estas alcaldías son las que más aportan pacientes con obesidad y sobrepeso en el INP, además el rezago también está presente en los servicios de salud, educación, vivienda e ingresos. En este sentido se pueden utilizar conceptos teóricos utilizados en este trabajo como condiciones materiales de vida, lo cual hace referencia a la satisfacción de necesidades básicas, como una alimentación adecuada, donde no solo es la alimentación sino los medios para prepararlos y consumirlos, así como mantener la salud y la reproducción biológica (Blanco, 2007). En este sentido la obesidad no solo se refiere a una dieta adecuada o estilos de vida saludables sino todos los satisfactores antes mencionados, de tal modo el problema de la obesidad debe ser considerado como un problema de desigualdad social (Cruz, 2013), que va más allá del enfoque biomédico.

También es importante indicar el acceso a los servicios de salud. Estos datos revelan que a pesar de que Tlalpan es considerada una zona de baja marginalidad, un gran porcentaje de la población no tiene acceso a seguridad social, lo que pone en mayor vulnerabilidad a los niños

Tabla 7. Principales delegaciones o municipios con pacientes atendidos en el INP en el año 2015 por obesidad y sobrepeso.

Delegación o municipio	Núm. casos	Porcentaje
TLALPAN	21	21.65%
IZTAPALAPA	14	14.43%
COYOACAN	8	8.5%
XOCHIMILCO	6	6.9%
NEZAHUALCOYOTL	6	6.9%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

Otra variable utilizada en este análisis son los rangos por edad de pacientes atendidos en el INP por obesidad y sobrepeso. Datos de la Encuesta intercensal 2015 indica que en el país residen 39.2 millones de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, lo que en términos porcentuales representa 32.8% de la población total. El INEGI hace un análisis a través de rangos por edad que va de 0 a 5 años, de 6 a 11 años, y por último, de 12 a 17 años, este último rango es el que tiene mayor porcentaje: 34% para mujeres, mientras para los hombres es de 33.7% (INEGI, 2017).

En la gráfica 2 se observa que mientras aumenta la edad mayor es el número de pacientes atendidos en el INP por obesidad y sobrepeso, vale la pena mencionar que a partir de los 16 años esta constante disminuye radicalmente, esto debido a ser un

hospital de especialidad en niños y adolescentes, por lo tanto, cuando el paciente cumple la mayoría de edad tiene que ser referido a otro centro hospitalario.

Gráfica 2. Número de pacientes atendidos por grupos de Edad en el INP en el año 2015 por obesidad y sobrepeso.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

Concerniente a la ocupación de los padres, (gráfica 3) la gran mayoría no tiene un trabajo formal, muchos de éstos en el momento de que se les hizo el estudio sociodemográfico se encontraban sin empleo. Hay que enfatizar que las madres sin empleo refirieron dedicarse al hogar. Por otra parte, existen padres que tienen trabajos no calificados (ayudantes) y otros se dedican al trabajo informal⁷, aquí se encuentran los comerciantes informales, hablamos de personas que tienen puestos ambulantes, pequeños locales o andan ofreciendo sus productos en la calle.

El empleo mal remunerado e informal nos referimos a las personas los cuales no son desempleados, sino trabajadores pobres que se ocupan en pequeñas unidades productivas ante la inexistencia de mejores oportunidades de empleo (Tokman E,

⁷ Es la situación en que se encuentran los trabajadores pobres, que se desempeñan en actividades caracterizadas por su baja productividad, las cuales se definen en oposición a las actividades formales y resultan en exclusión en los accesos a los mercados y a los recursos productivos (Tokman, 2011)

2011). Actualmente México refleja la escasez de recursos, en este sentido los individuos no están en condiciones de satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas: alimentación, educación, salud, ambientes favorables para la vida (vestido, habitación, agua). En términos económicos, se puede considerar como medida de la pobreza la capacidad de comprar o no los bienes que están considerados en la canasta básica. Así la pobreza normalmente se acompaña de hambre, malnutrición, desigualdad e injusticia social (Figuroa, 2009).

Esta información nos demuestra que el empleo es un factor determinante para generar condiciones de salud ya sean favorables o lo contrario, si llevamos estos datos a nuestros análisis podemos mencionar que la ocupación de los padres con niños tratados por obesidad en el INP es un elemento que concuerda con los resultados encontrados en otro estudio.

Gráfica 3. Ocupación de los padres con pacientes atendidos por obesidad y sobrepeso en el año 2015 en el INP.



*Sin empleo en el caso de las madres se refiere que se dedican al hogar.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

Respecto a la escolaridad de los padres, (gráfica 4) se observa el alto índice de analfabetismo, (principalmente con el padre) con 30 casos. Aunque en el país la educación básica (primaria y secundaria) cada vez llega más lugares y es obligatoria, muchos jóvenes por diversas razones en su gran mayoría relacionadas con cuestiones económicas y de acceso a políticas sociales, no asisten a la escuela y, por lo tanto, algunos de ellos no saben leer y escribir. En México, se indica que en el año 2015 el 5.5% de la población fue analfabeta (INEGI, 2015).

El acceder a un trabajo bien o mal remunerado está determinado con el grado de escolaridad ya que mientras menos grado de escolaridad existe gran probabilidad de acceso a un trabajo mal pagado, por lo que las personas buscan solventar sus gastos a través de trabajos informales.

Por otra parte, en nuestro análisis estadístico en la variable escolaridad de los padres la secundaria completa es el nivel educativo con más miembros, (gráfica 4) por consiguiente no podemos suponer que tengan un salario adecuado para acceder a mejores condiciones de vida, lo que conlleva a problemas de salud. Existe también en nuestro análisis, padres con nivel superior completo lo que nos indica suponer que estos padres tienen mejores trabajos, mejor remunerados y por consiguiente mejores condiciones materiales de vida. En este rubro a estos pacientes se les otorga el nivel más alto.

De acuerdo a la OCDE, y con datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012, en México los hombres con bajos niveles educativos son menos propensos a ser obesos comparados con aquellos más educados⁸. En cambio, las mujeres con menor nivel educativo son más propensas a ser obesas comparadas con aquellas con un mayor nivel educativo (OCDE, 2014). Con estos datos podemos suponer que de acuerdo a nuestro análisis, por un lado, encontramos que las madres con nivel educativo alto pueden tener empleo que genera mayor estabilidad económica que puede reflejarse en el acceso a una mejor dieta con calidad nutricional y por otro lado, encontramos a madres de nivel educativo bajo podríamos inferir muchas vicisitudes, por ejemplo: que anqué las madres se dediquen al hogar no tienen los

⁸ Sobre este argumento pensamos que se debe a que los hombres con menos escolaridad tienen trabajos más pesados que requieren más gasto energético que de aquellos que trabajan en empleos donde su vida es sedentaria, como el caso de personas que están la mayor parte de su trabajo sentadas.

recursos económicos para realizar alimentos con calidad nutricional. Algo que queda claro es que no se están haciendo las cosas adecuadamente desde la propia familia y esto puede ser por múltiples razones, por lo tanto, se puede decir que estos elementos influyen directamente para que los infantes tengan problemas de salud y enfermedad incluyendo el sobrepeso y obesidad.

Para la ONU la educación y la salud están íntimamente unidas, por poner solo un ejemplo, las niñas con mayor nivel educativo tienen menos hijos y retrasan la edad del primer embarazo. Así mismo, las niñas y mujeres alfabetizadas, tienen muchas más probabilidades de tener mejores conocimientos de salud (OMS, 2010), no por el hecho de que estén educadas, sino porque, al haber tenido acceso a la educación, refiere a que han tenido mejores condiciones materiales de vida y acceso a derechos y beneficios.

Como vemos la educación está íntimamente ligada al empleo, y tanto el empleo como la educación, así como otros determinantes sociales, son intrínsecos a la salud. Como resumen en esta variable encontramos que la mayoría de los padres con hijos atendidos en el INP por obesidad tienen trabajo informal, lo que genera como consecuencia primero que carezcan de seguridad social y todo lo que con lleva; prevención y atención tanto de la salud como de la enfermedad; además la remuneración económica de estas personas es baja lo que implica trabajar mucho más tiempo, así como el involucramiento de más miembros de la familia al ámbito laboral, cabe mencionar, como lo vimos anteriormente en nuestro análisis, que gran parte de las madres se dedican al hogar sin importar que tengan mayor escolaridad que los padres (gráfica 4).

Gráfica 4. Escolaridad de los padres con pacientes tratados en el INP en el año 2015 por obesidad y sobrepeso.



***Nms: Nivel medio superior.**

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

En nuestro análisis es importante visualizar que sí existe relación entre el empleo de los padres con la escolaridad ya que como se comentó anteriormente el nivel educativo no te exime de tener un buen empleo, sin embargo, un buen nivel educativo proporciona mejores herramientas para acceder a un mejor empleo, y mejorar las condiciones materiales de vida donde va implícita la salud. Los problemas de obesidad se centran principalmente en padres con empleos mal remunerados, personas que trabajan en la informalidad o bien son trabajadores no calificados (ayudantes), por otro lado, la educación de los padres se basa en el nivel secundaria, vale la pena mencionar que existen padres con nivel medio superior inclusive con licenciatura y posgrados, pero

estos padres son pocos en comparación con los demás, a través de estos datos se buscó la forma de representarlos.

Así que se hizo una relación entre variables cuantitativas discretas (Fernández, 2001).

Con los datos obtenidos se hizo un análisis en el programa SPSS versión 21. La correlación es de .802, esto implica que existe una significativa correlación entre el empleo y la escolaridad de los padres con hijos obesos tratados en el INP (tabla8).

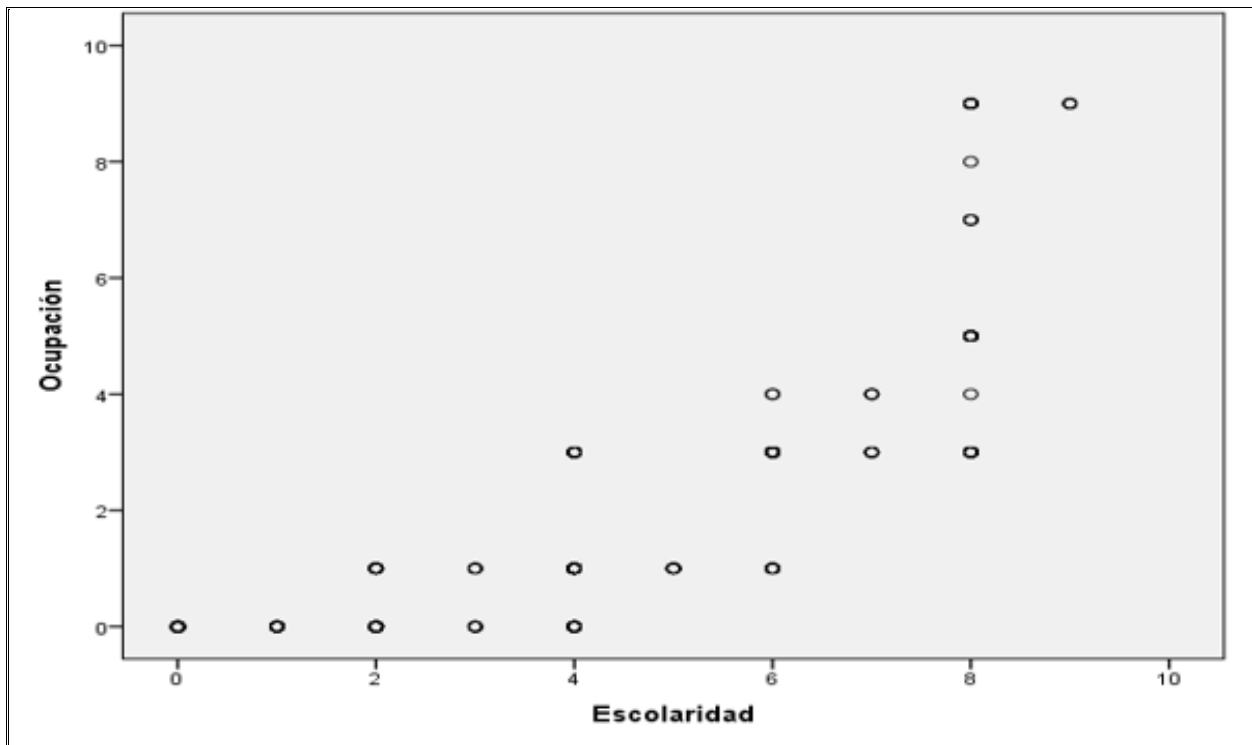
Tabla 8. Correlación entre ocupación y escolaridad de los padres

Correlaciones			
		Ocupación	Escolaridad
Ocupación	Correlación de Pearson	1	.802**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	275	275
Escolaridad	Correlación de Pearson	.802**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	275	275
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP. Realizado con el programa SPSS versión 21.

En la gráfica 5 se puede analizar mejor el resultado como vemos los puntos no están dispersos siguen una línea ascendente de izquierda a derecha lo que significa que existe una correlación positiva. Es decir, las variables son dependientes entre sí.

Gráfica 5. Correlación entre ocupación y escolaridad de los padres.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP. Realizado con el programa SPSS versión 21.

La última variable a analizar es con quién viven los niños, como sabemos uno de los principales elementos en los padecimientos de obesidad y sobrepeso es una inadecuada alimentación que se complementa con la vida sedentaria, como vimos anteriormente, el acceso y disponibilidad de alimentos con calidad nutricional son

elementos fundamentales en este problema de salud pública y donde la capacidad económica de las personas juega un papel relevante.

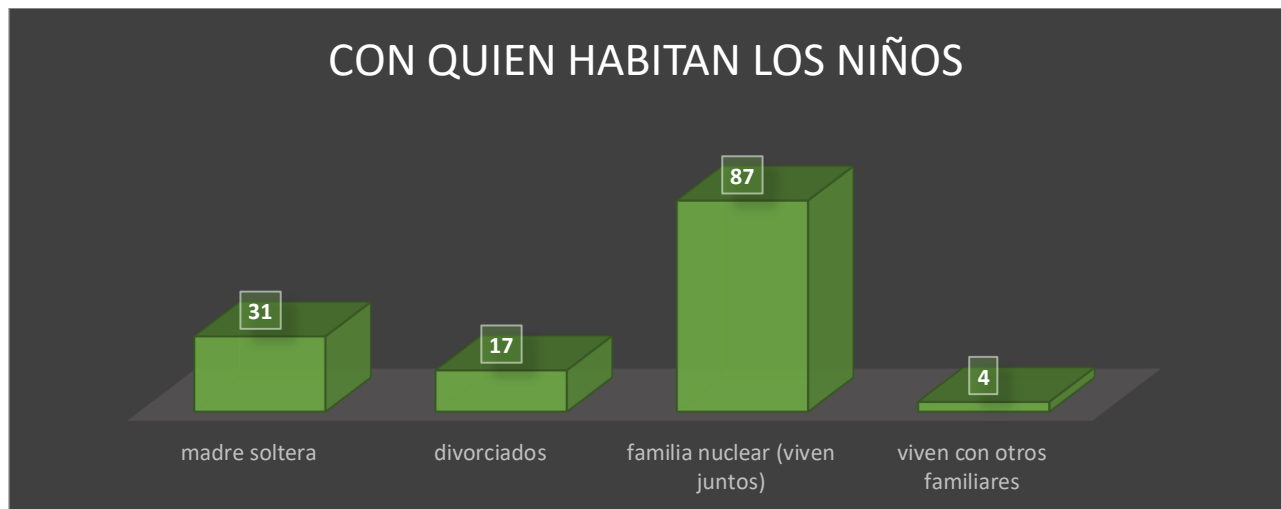
Tomando en consideración lo anterior, y profundizando en el tema de la alimentación, los niños dependen de los padres en muchos aspectos, la alimentación no está alejada de este tema, por lo tanto, los padres deben ser parte fundamental en la alimentación de los pequeños, sin embargo, por características propias de cada familia en algunas ocasiones esta actividad no se le da la importancia que requiere. Existen otros factores en la familia que puede generar una alimentación deficiente, como la falta de empleo formal de los padres, empleos mal remunerados, así como el que los dos padres trabajen; lo que implica la falta de tiempo y la falta de capital económico para las necesidades de los niños. Pero esto se puede recrudecer aún más cuando los niños viven en una familia monoparental donde el proveedor es la madre principalmente, la cual tiene que trabajar y por ende encargar al niño o niños con otras personas ya sean familiares o conocidos o en algunas ocasiones dejarlos solos.

En nuestro análisis (gráfica 6) encontramos que un poco más de la mitad de los niños viven en una familia nuclear, el restante en familia monoparental. Como se mencionó anteriormente el vivir en una familia nuclear no garantiza mejores condiciones de vida o la disminución de la obesidad, la importancia de esto radica en qué condiciones materiales de vida estas familias. Valdría la pena analizar si las anteriores variables influyen en esta última, lo más seguro es que sí. Por otro lado, el vivir en una familia monoparental, no implica tener peores condiciones de vida y en algunas ocasiones las familias con madres solteras o divorciados viven mejor aumentando la calidad de vida, ya que la importancia está en la formación de los pequeños y no solo

desde una visión conservadora donde se propone la familia nuclear, sino también desde lo psicosocial con una propuesta de ambientes saludables.

La interacción familiar es un factor de influencia en las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica. Existen estudios longitudinales en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta, que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza, y la conducta agresiva intrafamiliar se asocian con problemas socio y psicopatológicos ulteriores. Uno de los problemas de salud derivados de este ambiente adverso es la obesidad infantil, en los que se han identificado diversos factores de riesgo como los trastornos de la dinámica familiar, el maltrato, el abuso, y la pobreza intrafamiliar (González, 2012).

Gráfica 6. Con quien habitan los niños.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

En síntesis, el perfil sociodemográfico de los niños y niñas atendidos en el INP con obesidad y sobrepeso, muestra que los determinantes sociales deben ser

considerados como causas que generan otras causas como los estilos de vida poco saludables. Así pues, estos determinantes como la educación, empleo, residencia, y la dinámica familiar tienen que considerarse como factores que se entrelazan y que a su vez generan patologías como la obesidad y el sobrepeso.

La desigualdad social es un elemento clave en este análisis ya que como se pudo analizar la mayoría de los padres o no tienen trabajo o su trabajo es informal y esto probablemente a la falta de educación, considerando este elemento que les permita acceder a un buen empleo bien remunerado, que a su vez se vea reflejado en mejores condiciones materiales de vida.

CAPITULO VII

Discusión

A partir de los resultados obtenidos en nuestro análisis encontramos que existe una relación de dependencia entre las variables analizadas; la educación, el empleo, así como la conformación de las familias. Podemos decir que estos determinantes sociales están relacionados con la obesidad y el sobrepeso de los niños en este caso tratados en el INP y que se valida en otras investigaciones.

Los procesos salud enfermedad han evolucionado a través de la historia, en la actualidad la desigualdad social es un elemento fundamental para ciertas patologías principalmente enfermedades no transmisibles, los resultados de esta investigación concuerdan con lo que argumenta Laurell (1981), mencionando que las sociedades se distinguen por su grado de desarrollo y de organización social las cuales deben exhibir perfiles patológicos diferentes en su distribución y frecuencia, de este modo, dentro de una misma sociedad las clases que la componen muestran que las condiciones de salud son distintas. En nuestra población de análisis encontramos diferencias y similitudes entre nuestros individuos de estudio, aunque tienen la misma patología no todos comparten las mismas características sociales, vemos, por un lado, variables con cierta similitud como bajo nivel educativo y empleo mal remunerado, que, en la mayoría de los casos, se traduce en condiciones materiales de vida precarias. Pero, por otro lado, observamos en menor cantidad a individuos con otras características muy distintas, que se encuentran en los extremos, así encontramos la mayoría de los individuos con nivel educativo básico, pero también encontramos, aunque muy pocas personas con nivel educativo profesional, aún más personas con maestrías y doctorado.

Esto también lo menciona Breilh (1989) al decir que la forma de morir y de enfermar de las diferentes colectividades está relacionada con los modos de vida y con la calidad de vida. De ahí, que para entender la salud y sus problemas debe considerarse las formas de vivir de los individuos, estas diferentes formas de vida que se caracterizan a los grupos sociales. En nuestros resultados encontramos similitudes con ésta exposición ya que la mayoría de los padres tienen modos de vida similares, incluyendo trabajo y nivel educativo, a través de estos modos de vida encontramos características que están generando ambientes obesogénicos, que como vimos también se agudiza en personas de escasos recursos.

Continuando con Breilh (1989) los procesos que se gestan en la dimensión social de la vida tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad y fundamentalmente en los correspondientes patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos. Bajo este tenor, los problemas de obesidad y sobrepeso que mostraron nuestros individuos de estudio debe considerarse como elemento fundamental el empleo de los padres que repercute en la forma de alimentarse de todos los miembros de la familia, así la calidad de los alimentos está determinado por el poder adquisitivo de los padres, ya que como vimos en nuestro análisis los niños con padres de bajos salarios o sin empleo, así como un nivel educativo bajo, tienen más probabilidades de padecer obesidad y sobrepeso.

Cuando buscamos qué se había escrito en torno a los factores sociodemográficos como determinantes para generar niños obesos (Sandoval, 2010, González, 2012, Jaramillo, 2012, Yamamoto, 2013 y Álvarez, 2014) encontramos que ser parte de una familia “disfuncional”, con bajos recursos económicos, vivir en zonas marginadas, la falta de actividad física por factores como la inseguridad, la falta de

convivencia familiar, la falta de tiempo de descanso y recreativo, son elementos que están presentes en nuestro análisis de resultados, todas estas familias comparten la mayoría de características sociales.

La falta de un empleo formal, con los beneficios y derechos que se adquieren a través de los contratos colectivos, repercute directamente con las condiciones materiales de vida, que a su vez se ve reflejado en el acceso a satisfactores, en este caso, a alimentos. Para Rivera (2007) la forma como los grupos humanos acceden al alimento, así como las expresiones biológicas de este acceso son, en un principio, resultado de las relaciones complejas entre procesos como el político, económico y cultural, y aunque en nuestro análisis no hay evidencia empírica de la falta de acceso a alimentos de calidad nutricional, si podemos inferir que los bajos recursos económicos limitan directamente el acceso a alimentos de calidad nutricional, o la que han llamado investigadores sociales, la seguridad alimentaria. Este término hace referencia a las formas como los individuos, hogares, y grupos satisfacen sus necesidades de alimentación y nutrición en cantidad y calidad (Rivera, 2007; Breilh, 1989). El acceso a los alimentos, en el sentido como la especie humana se relaciona con la naturaleza y del modo de cómo ésta última es transformada a través del trabajo, está relacionado con cómo es que los diferentes individuos se insertan de acuerdo a sus capacidades en diferentes estratos laborales. Existe una población heterogénea donde no todos tienen la misma posibilidad de acceder a alimentos de calidad, si existen bajos salarios, el acceso a alimentos con calidad y además que sea en cantidad es difícil, de tal modo estamos hablando de una desigualdad alimentaria, el acceso a los alimentos no es igual para todos.

Los niños buscan alimentos que satisfagan sus necesidades, principalmente alimentos que son agradables para su paladar. En este sentido, sus preferencias están marcadas por lo que es anunciado en los medios masivos de comunicación y la elección esta mediada por el poder de compra. A pesar de la noción de que los alimentos industrializados son dañinos para la salud, los intereses económicos mantienen al alcance de la población estos alimentos hipercalóricos y con bajo contenido nutrimental. Otro elemento importante con respecto a la alimentación son las relaciones interpersonales entre los adultos y los infantes, los padres o los tutores son el ejemplo a seguir y si ellos tienen malos hábitos alimenticios, principalmente por factores sociales los cuales ya hemos analizado anteriormente, estos menores reproducen estas prácticas alimenticias, no solo el ambiente familiar es un factor, también la escuela es un generador de estos ambientes obesogénicos.

La importancia de estudiar desde una mirada crítica, en este caso, la obesidad y el sobrepeso, radica en que, en los servicios de salud, estos problemas son vistos en lo individual y no colectivo. De acuerdo al taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), se hace referencia a la necesidad de hacer frente a los problemas de salud, como de enfermedad considerando las capacidades y potenciales de los colectivos, pero para ello se deben vincular las necesidades básicas del ser humano, tanto de salud como de alimentación, educación, vestido y seguridad con los derechos humanos.

De acuerdo a lo anterior, y bajo los resultados de nuestro análisis, existen evidencias concretas para exponer que todos estos determinantes sociales influyen en nuestros pacientes de estudio y además que estos determinantes están estrechamente relacionados.

Como punto final en este capítulo podemos señalar que hay una brecha que no se está tomando en consideración o se le da poca importancia como parte fundamental en la génesis del problema de la obesidad y el sobrepeso, y nos referimos a cuestiones sociales, por lo tanto, si se siguen tratando de resolver el problema desde un ángulo individual y de la medicina vamos a tener los mismos resultados que con el tiempo se van agravando, habría que cambiar las prácticas en salud hacia una visión más transdisciplinaria donde se abarque todos los determinantes sociales.

De acuerdo a la declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas hace referencia a la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los involucrados para avanzar en el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios esto requiere una nueva forma de gobernanza en donde haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno (OMS, 2010). Bajo este argumento la salud debe verse desde todos los órganos de gobierno y no solo a la secretaria de salud que finalmente tiene como propósito eliminar, disminuir o erradicar la enfermedad.

Los centros hospitalarios en este caso el INP no cuenta con una visión integral sobre los problemas de salud, principalmente a la obesidad y al sobrepeso, lo que sucede en la forma de organización del sistema de salud en México, la conceptualización de la salud y la enfermedad está basada en el enfoque biomédico con lo cual se privilegian los factores de riesgo y la noción de estilos de vida, lo relevante es el paciente con todos sus problemas que implica no solo la enfermedad sino también todo contexto social donde se desarrolla donde se desarrolla. Las políticas sociales de corte neoliberal que generan la disminución en la gerencia sobre la responsabilidad que tiene el Estado hacia la población en el acceso y cobertura de los

servicios de salud integrales. Por lo tanto, si vemos a través de este análisis que gran parte de los problemas relacionados con la obesidad y el sobrepeso están relacionados con lo social, valdría la pena que instituciones como el INP que tiene la peculiaridad de atender a pacientes recién nacidos hasta la terminación de la adolescencia, realizaran tratamientos integrales e impulsar la investigación social como parte fundamental para la explicación y comprensión de los problemas de salud.

En el caso del sobrepeso y la obesidad no solo se trata de tener una clínica de la obesidad donde se le indique a los pacientes y sus familiares el cambio en los estilos de vida o los factores de riesgo, se trata de pensar que estos individuos en su vida diaria y la elección de sus estilos de vida están circunscritos a las condiciones materiales de vida y que es importante que a través de las políticas sociales con un corte de bienestar mejoren los modos de vida y las prácticas de consumo de los sujetos.

Conclusiones

Desde una perspectiva muy general una de las metas de la promoción de la salud es coadyuvar a las comunidades para tomar mejores decisiones con respecto a la salud, y como vimos anteriormente en este trabajo, la salud no es solo un problema propio o único del personal médico, más bien el médico debería estar enfocado a la enfermedad, por lo tanto, como promotores de la salud tenemos una amplia gama donde poder trabajar, ya sea en la investigación, en la asistencia, en la información, en la atención, entre otras tareas. Desde un matiz relacionado con los estilos de vida la promoción de la salud tiene la tarea principal de generar programas de prevención que como sabemos está dirigido a lo individual y no a lo colectivo. A partir de lo anterior,

otros enfoques de la promoción de la salud deben ser tomados como una herramienta generadora de políticas públicas, que influyan directamente en mejores condiciones de salud.

No podemos decir que las políticas públicas en México han fracasado en lo general, pero sí podemos decir que han tenido resultados poco satisfactorios en relación con la disminución en las tasas de obesidad y sobrepeso. La forma de ver los problemas de salud desde una visión individual basada en estilos de vida poco saludables como el no fumar, tener una dieta adecuada, hacer ejercicio, no estresarte, conseguir un buen empleo, entre otras recomendaciones que son útiles, pero dado que dependen de cuestiones estructurales, el margen en el que los colectivos pueden elegir es limitado. De tal modo, se trata de resolver los problemas de salud a través de programas generales basados en recetas ya que ven los problemas y soluciones de forma igual para todos, como si todos tuviéramos las mismas características sociales.

Como vimos en nuestro análisis existen grandes diferencias sociales entre los mismos miembros de una comunidad. Pensemos en este problema si lo vemos igual para todos los mexicanos, hay que considerar que cada grupo social tiene distintas necesidades y que además somos una sociedad multicultural con diferentes costumbres, hábitos y estrategias de subsistencia.

Desde un punto de vista muy personal tendremos como promotores de la salud visualizar estas diferencias y necesidades sociales de cada grupo tratando de disminuir los problemas de salud con características integrales e incluyentes teniendo como cimiento la atención primaria, trabajar directamente con las comunidades, ya sea en un centro de salud o en espacios donde la gente exponga sus modos de vida y sus necesidades, así como expectativas de la vida. Como promotores de la salud como

otros profesionales buscamos transformar la problemática social vinculados a la comunidad, compartiendo saberes y experiencias.

Considerando lo anterior y desde la promoción de la salud tradicional una tarea indispensable es generar programas que mejoren la salud de la población en general, y esto porque la salud es un derecho humano suscrito por el gobierno mexicano en el Artículo 4to de la constitución. De tal modo, en estos programas que vemos diariamente ya sea en comerciales, información escrita, folletos, entre otras formas de comunicación, que la solución a la obesidad y al sobrepeso, es algo que le compete a los individuos y no en contexto donde nos desarrollamos, por lo tanto la propuesta de llevar una dieta adecuada para edad y sexo; excluyendo alimentos chatarra como refrescos, frituras, eliminar las grasas saturadas y realizar ejercicio diariamente, todo esto lo tiene que realizar el individuo a través de cambios de hábitos los cuales están estrechamente inmersos en el día a día del mexicano, erradicarlos es muy difícil porque para ello se requiere transformar las condiciones materiales de vida de los grupos.

De aquí que estas estrategias para disminuir la obesidad han sido mal direccionadas porque no son problemas individuales, sino colectivos vinculados a DSS.

Entre los programas y estrategias que se han generado a través de políticas públicas concernientes al problema del sobrepeso y la obesidad consiste en aumentar los impuestos a alimentos industrializados principalmente refrescos, disminución de las cantidades de alimentos chatarra que se venden en las escuelas, redefinir las estrategias en la comercialización de alimentos principalmente golosinas. Todas estas formas de plantear la disminución en el consumo de alimentos chatarra han tenido poco impacto en este problema de salud pública. Los procesos políticos y las alianzas entre los actores políticos, socio profesionales y empresariales debieran verificar que las

grandes empresas trasnacionales trabajen dentro de la ley, y no por los intereses económicos que los guían.

De acuerdo a lo examinado previamente, también hay que redefinir las estrategias y tareas de la promoción de la salud, hay que considerar a la promoción de la salud como una estrategia, herramienta, política, programa, hacer abogacía, educar, ser un punto de conexión entre los diversos actores sociales. Como vemos la promoción de la salud no solo sirve o tiene como meta hacer programas preventivos, más bien la tarea es ayudar a disminuir los problemas de salud a través de políticas en promoción de la salud más integrales y direccionales ya que en nuestra sociedad existen diversos grupos sociales con necesidades específicas y únicas.

Para que la promoción de la salud sea vista como una herramienta efectiva que ayude a disminuir estos problemas se requiere transformar la forma de entender y ver a la salud y a la promoción de la salud, que vaya más allá de solo una tarea preventiva, estática, e individualista que se vea a la promoción de la salud como un instrumento que está en constante cambio donde se le tiene que dar prioridad al trabajo directo con las personas en todos los niveles de atención.

Esto implica como primer paso invertir más en salud y como consecuencia aumentar el gasto público con el propósito de llegar al entorno donde hace su vida cotidiana las personas, en este sentido debería cambiar la forma de hacer políticas públicas y la organización de los servicios de salud.

Por otra parte, existe la necesidad de aumentar el gasto en investigación en especial en salud pública direccionada a la promoción de la salud más crítica, que como vimos, es un problema que no se ha estudiado de forma suficiente.

Para finalizar estas conclusiones, la promoción de la salud debe tomar un valor primordial en la salud pública, así como en las políticas públicas y buscar otros enfoques diferentes al paradigma biomédico, en particular los estilos de vida, la teoría del riesgo y de casualidad. Además, la promoción de la salud debe liderar en esta nueva forma de ver la salud comunitaria, y a los DSS como son la economía, la educación, el acceso al trabajo y a los servicios, elementos importantes para comprender la desigualdad social que se ven reflejadas en la salud.

Bibliografía

- ALAMES. (2008). Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud . (pág. 144). Mexico: ALAMES.
- Alimentaria, A. p. (2015). *México es el país que más gasta en combatir la obesidad en AL*. México: Alianza por la salud alimentaria.
- Álvarez A., F. V. (2014). Sobrepeso y obesidad en niños de guardería. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.
- Alvarez C. L., G. R. (2012). Factores sociales y economicos asociados a la obesidad los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Gerencia y Políticas de Salud*, 98-110.
- Álvarez P. A., A. R. (2011). Diferenciales de la salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente de Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas, 2002-2008. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 202-217.
- Álvarez P., S. S. (2011). Funcion endocrina de la obesidad. *Endocrinología y Nutricion*, 422-432.
- Alvear M., Y. L. (2013). Consumo alimentario dentro y fuera de la escuela. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, 450-455.
- Batista, L. (2006). Educación y desarrollo humano. *Enfermería en Costa Rica*, 28.
- Blanco J., L. O. (2007). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Mexico: Lugar Editores.
- Breilh, J. (1989). Deterioro de la vida en Ecuador. *CEAS*, 4.
- Cabrerizo L., R. M. (2008). Complicaciones asociadas a la obesidad. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 156-162.
- Calderón, C. G. (2011). Los Alimentos Chatarra en México Regulación Publicitaria y Autoregulacion. *Revista Científica de la Asociación Mexicana de Derecho a la Información*, 177.
- Carro, N. B. (2007). Alimentación y Nutrición en edad escolar. *Revista Digital Universitaria.*, 2-7.
- CDC. (10 de Abril de 2017). *Centers for Disease Control and Prevention*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>
- CENETEC. (2012). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad exogena*. CDMX: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- CONEVAL. (07 de Noviembre de 2017). www.coneval.org.mx. Obtenido de <http://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/%C3%8Dndice-de-Rezago-social-2010.aspx>
- consumidor, E. p. (29 de Abril de 2014). *El poder del consumidor*. Obtenido de <http://elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/nuestros-ninos-son-primero-campana-contra-la-publicidad-de-comida-chatarra-dirigida-la-infancia/>

- Cruz M., T. E. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad.*, 166-202.
- Del Ángel A, V. J. (2014). Alimentación, salud y pobreza en áreas marginadas urbanas: caso Veracruz-Bioca del Río, Veracruz, México. *Estudios Sociales*, 13.
- Duarte M., N. R. (2015). Determinantes sociales de la mortalidad en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 1129-1138.
- ENSANUT. (2012). Recuperado el 23 de NOVIEMBRE de 2016, de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- ENSANUT. (2016). *Informe final de resultados*.
- Expansión. (24 de Julio de 2018). *Expansión/datosmacro.com*. Obtenido de <https://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/mexico>
- FAO. (2013). *PANORAMA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN MEXICO 2012*. México: FAO.
- FAO. (14 de 11 de 2017). *Nutrición y salud*. Obtenido de www.fao.org
- Fausto G.J., V. L. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigaciones en Salud*, 91-94.
- Figueroa, D. P. (2009). Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica. *Revistas USP*, 103-117.
- Financiero, E. (1 de diciembre de 2015). *Analfabetismo, máxima expresión de vulnerabilidad: INEA*. Obtenido de <http://www.elfinanciero.com.mx/sociedad/analfabetismo-maxima-expresion-de-vulnerabilidad.html>
- Financiero, E. (13 de Octubre de 2015). *Sobrepeso y Obesidad en el Niño y el Adolescente*. Obtenido de <http://www.elfinanciero.com.mx>
- Forbes. (9 de Julio de 2013). *México, el país más obeso del mundo*. Recuperado el 27 de Enero de 2017, de www.forbes.com.mx
- García J., V. C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev. salud pública*, 731-742.
- Garduño, R. (19 de abril de 2015). México de los que menos invierte en salud de la OCDE: diputados. *La Jornada*, pág. 29.
- González J., V. E. (2012). La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, 127-134.
- González M., D. M. (2011). Atención a la salud de grupos vulnerables. *Revista de Salud Pública*.
- Huerta, J. C. (13 de Octubre de 2015). Niños son los que más padecen consecuencias del desempleo y la desigualdad: OCDE.
- INEGI. (2010). *Población rural y urbana*.

- INEGI. (2014). *Principales causas de mortaliada por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Aguascalientes: INEGI.
- INEGI. (2015). *Analfabetismo*. Obtenido de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/analfabeta.aspx?tema=P>
- INEGI. (2015). *Densidad de población*. Obtenido de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/densidad.aspx?tema=P>
- INEGI. (2017). *Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril)*. Aguascalientes: INEGI.
- INP. (2014). *Principales causas de morbilidad hospitalaria*. CDMX: INP.
- INP. (2015). *Estadísticas Instituto Nacional de Pediatría*. Recuperado el 12 de Junio de 2017, de https://www.pediatria.gob.mx/transfocal_estadis.html
- INP. (2016). *Agenda estadística 2006-2016*. México: INP.
- INP. (2016). *Una década de informacion, haciendo historia 2006-2016*. México: INP.
- INP. (07 de 08 de 2017). *Asistencia Médica*. Obtenido de https://www.pediatria.gob.mx/interna/asis_medica.html
- INP. (23 de 11 de 2017). *Preguntas frecuentes*. Obtenido de https://www.pediatria.gob.mx/interna/pregfrec_pvez.html
- INSP. (27 de agosto de 2015). *Linea de investigación en Salud y grupos vulnerables*. Obtenido de <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables.html>
- Jaramillo R., E. I. (2012). Disminucion de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 487-492.
- Jasso L., L. M. (2013). El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en niños. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México.*, 117-125.
- Juárez C., M. M. (2014). La desigualdad en salud de los grupos vulnerables en México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *INSP*, 284-290.
- Laurell, A. C. (1978). *Cuadernos politicos*. México: Era.
- Laurell, A. C. (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 11.
- Laurell, A. C. (1994). *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad*. OPS.
- Marcos Plasencia, L. M. (2010). Obesidad: Política Economía y Socieda. Estrategias de intervencion contra la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 1231-1258.
- Márquez, J. A. (2007). *Temas y desafíos de la Salud Colectiva*. México: Lugar editorial.
- Martinez M. C., N. C. (2014). Factores psicologicos sociales y cultutrales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en Mexico. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro social*, 94-101.

- Medina, F. A.-S. (2014). aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias de la salud pública. *Nutrición clínica Dietética Hospitalaria* , 67-71.
- Mendoza, A. L. (2014). Miedo en las calles: principal emoción de la inseguridad pública delictiva. Un estudio criminológico y de género. *IUS*, 84.
- Moctezuma N D., N. R. (2014). La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia. *revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 117-146.
- Montes de Oca R., E. G. (1981). Las empresas transnacionales en la industria alimentaria mexicana. *Comercio Exterior*, 988.
- Nieto, A. J. (29 de Julio de 2011). *Expansión*. Obtenido de <http://expansion.mx/salud/2011/07/29/las-10-enfermedades-relacionadas-con-la-pobreza-que-cobran-mas-vidas>
- OCDE. (2014). *La Obesidad y la Economía de la prevención: "Fit Not Fat" Hechos claves -México, Actualización 2014*. OCDE.
- OCDE. (2 de Mayo de 2017). *OCDE. Mejores políticas para una vida mejor*. Obtenido de <https://www.oecd.org/centrodemexico/inicio/>
- OCDE. (27 de Mayo de 2014). *La estrategia de México para hacer frente a la obesidad es prometedora, dice la OCDE* . Recuperado el 27 de Enero de 2017, de www.oecd.org
- OMS. (2002). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra.: OMS.
- OMS. (2003). *Influencia de la pobreza en la salud*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2008). *Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud*. OMS.
- OMS. (2008). www.who.int/social_determinants/es/.
- OMS. (Abril de 2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas* . Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- OMS. (2010). *La educación y la salud están íntimamente unidas*. Nueva York: ONU.
- OMS. (09 de julio de 2013). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (09 de 07 de 2013). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenido de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/es/
- OMS. (julio de 2014). *Datos y cifras sobre obesidad infantil*. Recuperado el 27 de Enero de 2017, de www.who.int/end-childhood-obesity/about/es/
- OMS. (Agosto de 2016). *¿Qué es la promoción de la salud?* Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- OMS. (2016). *Datos y cifras sobre obesidad infantil*. OMS.
- OMS. (junio de 2016). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 27 de Enero de 2017, de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

- OMS. (15 de 11 de 2017). Obtenido de ¿Cuáles son las causas?:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/
- OMS. (Octubre de 2017). *Obesidad y sobrepeso*. Obtenido de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OPS. (2012). *Determinantes e Inequidades en Salud*. Washington: OPS.
- Ortiz L., P. D. (2015). Desigualdad socioeconómica y salud en México. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 336-347.
- Pediatría, I. N. (s.f.). *Referencias y contra referencias de pacientes. Lista de padecimientos por nivel de atención*.
- Peña M., B. J. (2000). *La pobreza en la obesidad*. Washington, D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Perea A., L. G. (2014). Evaluacion, diagnostico, tratamiento y oportunidades de prevencion de la obesidad. *Acta Pediatrica de Mexico*, 316-337.
- Pita Fernández S., P. D. (30 de 03 de 2001). *www.fisterra.com*. Obtenido de
https://www.fisterra.com/mbe/investiga/var_cuantitativas/var_cuantitativas2.pdf
- PNUD. (2014). *Índice de Desarrollo Humano Municipal en México: nueva metodología*. México: PNUD México.
- Proceso. (16 de Mayo de 2017). *Proceso.com.mx*. Obtenido de <http://www.proceso.com.mx>
- Ramos O., J. M. (2017). Prevalencia y factores relacionados de sobrepeso y obesidad en estudiantes de una universidad pública. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*.
- Rivera Dommarco J.A, H. Á. (2013). *Obesidad en México, Recomendaciones para una política de Estado*. México, D.F. : UNAM.
- Rivera, J. A. (2007). Temas y desafíos de la Salud Colectiva.
- Rodríguez, H. B. (2004). Abasto y consumo de alimentos: una perspectiva nutricional. En M. d. Rivera, *El Desarrollo Agrícola y Rural del Tercer Mundo en el contexto de la Mundialización* (pág. 4). México: UNAM.
- Rodríguez, R. (03 de abril de 2014). Dulce agonía la realidad de la diabetes en México. *El Universal*.
- Saldaña, R. M. (2009). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *UAEH*, 209.
- Salgado N., G. G. (2014). Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-212. *Salud Pública de México*, 393-401.
- Salinas, C. A. (2013). El papel de los servicios de salud en la prevención y control de la obesidad y sus consecuencias. En J. Á. et, *Obesidad en México* (pág. 466). México: UNAM.
- SALUD. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Secretaria de Salud.

- Salud, S. d. (2002). *Lineamientos para la referencia y contrareferencia de pacientes pediátricos de población abierta en la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México*. Ciudad de México: Secretaría de salud.
- Salud, S. d. (27 de Octubre de 2015). *Cuenta instituto Nacional de Pediatría con equipo especializado para atender obesidad infantil*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/prensa/cuenta-instituto-nacional-de-pediatria-con-equipo-especializado-para-atender-obesidad-infantil?idiom=es-MX>
- Salud, S. d. (16 de junio de 2015). *Intervenciones de Prevención y Promoción de la salud para el Sobrepeso y la obesidad*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/.../intervenciones-de-prevencion-y-promocion-de-la-salud->
- Salud., S. d. (2010). *Acuerdo Nacional para la Alimentación Alimentaria Estrategias contra el sobrepeso y obesidad*. CDMX: Secretaría de Salud.
- SALUD., S. D. (septiembre de 2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el control de sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. Recuperado el 12 de noviembre de 2016, de www.epidemiologia.salud.gob.mx
- Sanchez, G. R. (27 de febrero de 2014). Tiene DF los mayores índices de sobrepeso y obesidad en el país: Ahued. *La jornada*, pág. en línea.
- Sandoval I., R. E. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social.*, 485-490.
- Santos, H. (2010). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas como temas de investigación. *Revista Cubana de salud Pública*, 136-144.
- SEDESOL. (2016). *Índice de Bienestar Social de la Ciudad de México*. México: SEDESOL.
- Tamez S., V. R. (2005). Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. *Revista mexicana de sociología*, 324.
- Torres D J., G. I. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 241-249.
- UNICEF. (2015). *Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y las niñas desde el periodo del embarazo hasta los 5 años*. Buenos Aires: UNICEF.
- UNICEF. (04 de Enero de 2018). *Salud y Nutrición*. Obtenido de <https://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
- Vila, M. B. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Revista de Saúde Colectiva.*, 387-411.
- Yamamoto L., A. M. (2013). Actividad extraescolar y obesidad en niños influencia del ámbito familiar y del vecindario. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, 378-383.