



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Maestría en Medicina Social

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA OBESIDAD, UN ESTUDIO DE SUS  
PROCESOS

TESIS

que para optar por el grado de Maestra en Medicina Social

Presenta

Lic. Claudia Garza González

Director de Tesis

Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto

Codirección de tesis

Soledad Rojas Rajs

México, D.F. a 7 de Diciembre de 2015

## Las personas curvas

Jesús Lizano

Mi madre decía: a mí me gustan las personas rectas

A mí me gustan las personas curvas,

las ideas curvas,

los caminos curvos,

porque el mundo es curvo

y la tierra es curva

y el movimiento es curvo;

y me gustan las curvas

y los pechos curvos

y los culos curvos,

los sentimientos curvos;

la ebriedad: es curva;

las palabras curvas:

el amor es curvo;

¡el vientre es curvo!;

lo diverso es curvo.

A mí me gustan los mundos curvos;

el mar es curvo,

la risa es curva,

la alegría es curva,

el dolor es curvo;

las uvas: curvas;

las naranjas: curvas;

los labios: curvos;

y los sueños; curvos;

los paraísos, curvos

(no hay otros paraísos);

a mí me gusta la anarquía curva.

El día es curvo

y la noche es curva;

¡la aventura es curva!

Y no me gustan las personas rectas,

el mundo recto,

las ideas rectas;

a mí me gustan las manos curvas,

los poemas curvos,

las horas curvas:

¡contemplar es curvo!;

(en las que puedes contemplar las curvas

y conocer la tierra);

los instrumentos curvos,

no los cuchillos, no las leyes:

no me gustan las leyes porque son rectas,

no me gustan las cosas rectas;

los suspiros: curvos;  
los besos: curvos;  
las caricias: curvas.  
Y la paciencia es curva.

El pan es curvo  
y la metralla recta.  
No me gustan las cosas rectas  
ni la línea recta:  
se pierden  
todas las líneas rectas;  
no me gusta la muerte porque es recta,  
es la cosa más recta, lo escondido  
detrás de las cosas rectas;  
ni los maestros rectos  
ni las maestras rectas:  
a mí me gustan los maestros curvos,  
las maestras curvas.

No los dioses rectos:  
¡libérennos los dioses curvos de los dioses rectos!  
El baño es curvo,  
la verdad es curva,  
yo no resisto las verdades rectas.

Vivir es curvo,  
la poesía es curva,  
el corazón es curvo.  
A mí me gustan las personas curvas  
y huyo, es la peste, de las personas rectas.

*Por amor y por coraje.*

Fueron muchas las personas que me acompañaron a lo largo de este proceso. Cada una a su manera, me ayudó a superar cada uno de los obstáculos.

Mi familia, mi motor, mi aliento, mi amor y mi fuerza. No hay más que agradecerles todo su apoyo incondicional por creer y confiar en mí en todo momento.

A mis queridos informantes: Merol, Laura, Alita, Jaque, Xolotl y René no hay palabras para agradecer sus valiosas aportaciones, su tiempo, confianza y amabilidad que siempre tuvieron conmigo.

A mis estimados doctores del área de Medicina Social muchas gracias por el aprendizaje, lecciones y observaciones puntuales con el fin de mejorar el trabajo. A mis queridas doctoras del área de Estudios de la Mujer les agradezco su infinita paciencia, consejos y aprendizaje sobre lo que representa la corporalidad.

A mis compañeros de generación que siempre estuvieron apoyándome para no rendirme: mamá July, Bety, Fausto, Julieta, Ilenana, Gerardo, Adriana. A Rabin por su comprensión, apoyo y aliento en todo momento durante el proceso de investigación.

A CONACyT por hacerme parte de su padrón de excelencia académica y apoyo otorgado para esta investigación.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3 -
CAPÍTULO 1 .....	6 -
ESTADO DE LA CUESTIÓN ¿QUÉ SE ENTIENDE Y CÓMO SE ESTUDIA ACTUALMENTE AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD? .....	6 -
1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD .....	7 -
2. FISIOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD: DEFINICIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL, EVOLUCIÓN Y VIGILANCIA.....	13 -
3. ACTIVACIÓN FÍSICA Y OBESIDAD .....	16 -
4. LA OBESIDAD DESDE LA MIRADA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA.....	18 -
5. LA OBESIDAD Y SU VINCULACIÓN CON POLÍTICAS PÚBLICAS.....	21 -
6. APORTACIONES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ESTUDIO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD .....	27 -
CAPÍTULO 2 .....	38 -
EL PAPEL DE MÉXICO EN MATERIA DE SALUD Y LA ACTUAL ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y DIABETES .....	38 -
1. PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS DE LAS DÉCADAS DE LOS SESENTA Y SETENTA Y LA LLEGADA DE LUIS ECHEVERRÍA AL PODER FEDERAL .....	39 -
2. JOSÉ LÓPEZ PORTILLO (1976-1982).....	43 -
3. MIGUEL DE LA MADRID ( 1982-1988).....	46 -
4. SALINAS DE GORTARI (1988-1994).....	51 -
5. ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN (1994-2000).....	54 -
6. DEL AÑO 2000 A LA ACTUALIDAD .....	58 -
7. ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y DIABETES.....	64 -
a) <i>Primer eje estratégico: salud pública</i> .....	68 -
b) <i>Segundo eje estratégico: atención médica</i> .....	69 -
c) <i>Tercer eje estratégico: regulación sanitaria y política fiscal</i> .....	71 -
CAPÍTULO 3 .....	73 -
PENSAR EL CUERPO OBESO DESDE LA COMPLEJIDAD SOCIAL.....	73 -
1. ¿QUÉ SIGNIFICA PENSAR EL CUERPO EN LA MODERNIDAD? .....	74 -
2. SUJETO, DISCIPLINAMIENTO E HISTORIA EN MICHEL FOUCAULT.....	82 -
CAPÍTULO 4 .....	90 -
CUERPOS, NECESIDADES Y ABORDAJES DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL ACTUAL CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y DIABETES .....	90 -
1. SOBRE EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	90 -
a) <i>Aspectos previos para precisar la orientación de la investigación</i> .....	90 -
b) <i>El camino previo para integrar a los entrevistados en la investigación</i> .....	92 -
c) <i>Lugar de la entrevista</i> .....	93 -

d) Conformación de los grupos de participantes en el trabajo cualitativo y características de la población .....	- 94 -
e) Objetivos .....	- 96 -
f) Primera etapa: valoración del instrumento y prueba piloto .....	- 97 -
i) Criterios éticos en la investigación.....	- 100 -
<b>2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>- 100 -</b>
a) Aportes y reflexiones sobre las corporalidades .....	- 100 -
a) <i>Los servicios de salud y la atención hacia las corporalidades con sobrepeso y obesidad</i> .....	- 107 -
C) PRÁCTICAS CORPORALES IMPLEMENTADAS POR LOS SUJETOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN SU COTIDIANIDAD .....	- 119 -
<b>CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>- 128 -</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>- 137 -</b>
<b>ANEXO 1. GUION DE ENTREVISTA PARA PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN DISTRITO FEDERAL.....</b>	<b>- 142 -</b>
<b>ANEXO 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>- 145 -</b>

## Introducción

Algunas de las inquietudes de esta tesis iniciaron en el año 2010 cuando participé en una investigación de corte cualitativo en el Instituto Nacional de Salud Pública. Gracias al trabajo coordinado que se implementó en 5 Estados del país, tuve un primer acercamiento a las personas que acuden a los Grupos de Ayuda Mutua en los Servicios de Salud de nuestro país. Aquí, trabajé bajo el formato de entrevistas semiestructuradas y encuestas con los pacientes que en su mayoría presentaban diabetes.

Pude percibir que si bien aquí adquirirían conocimientos y herramientas para implementar y mejorar algunos aspectos de su calidad de vida, las investigaciones se inclinaban en atender aspectos de carácter biomédico tales como: control de sus niveles de glucosa, presión arterial, mediciones corporales, conocimiento sobre su medicalización y asistencia a consulta. Esto me permitió distinguir una primera necesidad de estudio que era reflexionar desde una postura teórica proveniente de las ciencias sociales.

Posteriormente con mi inmersión en espacios y foros de activistas con estas corporalidades, tuve un acercamiento a los *fat studies* que me abrieron otra vertiente: el posicionamiento activo y político de las personas con obesidad.

Fue hasta mi llegada a la Maestría de Medicina Social donde encontré los elementos de reflexión teórica que me permitieron articular mi pregunta de investigación: ¿cómo se elabora actualmente una representación del sujeto obeso tras la aparición de la actual Estrategia Nacional para la Prevención y Control del sobrepeso, Obesidad y Diabetes? Y para atender esta inquietud fue necesario recurrir al abordaje de la realidad mexicana desde la incorporación de los niveles macro, meso y micro. Si bien, mi inquietud se orienta en analizar las corporalidades desde el último nivel, es necesario recuperar la riqueza y aportaciones de los otros dos niveles ya que de esta manera se puede generar una reflexión más enriquecedora del problema de estudio.

Por tales motivos esta tesis responde a esta necesidad. El primer capítulo está dedicado a manera a introducir al lector al actual estado de la cuestión sobre el tema del

sobrepeso y la obesidad. Este apartado busca responder a las siguientes preguntas ¿qué hace al sobrepeso y la obesidad ser vistos como problemas de estudio en la actualidad? ¿Cuál es el contexto socio-histórico que generó la apertura del debate? ¿Qué actores están implicados para el estudio del sobrepeso y la obesidad? Para atender esto fue necesario presentar aportaciones de distintas fuentes y disciplinas para, de esta manera, dar mayor riqueza al debate presentado y a su vez, permitiera exponer diversos posicionamientos al respecto.

El segundo capítulo se ocupa en presentar el escenario socio-histórico de nuestro país desde finales de los años setenta hasta la actualidad. El principal eje gira en torno al económico. Posteriormente se articula su vinculación con las esferas: política, social y cultural, el objetivo de recuperar estos elementos radica en la necesidad de responder a un objetivo específico que es: distinguir los intereses económicos y políticos que están detrás de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes. Por lo mismo la selección de este recorte coyuntural permite entender los elementos que marcaron la pauta para la aparición de dicha Estrategia. De igual forma se presenta de manera detallada los objetivos y forma de trabajo de dicha acción en salud.

En el tercer capítulo se plantean con detalle los aspectos teóricos que sustentan esta tesis. Se presentan en dos momentos los conceptos teóricos a utilizar de la propuesta de Michel Foucault y David Le Breton en torno al cuerpo, modernidad y disciplinamiento (tanto en lo individual como en lo colectivo). De igual forma, se le recuerda al lector la pregunta guía de esta investigación y se explica la importancia de abordar el tema del sobrepeso y obesidad desde una perspectiva social.

En el cuarto y último capítulo, se presenta la reflexión de la autora con relación al trabajo de campo efectuado en la Ciudad de México en los meses de Noviembre de 2014 a Mayo de 2015. Para esto, se presenta en un primer momento la metodología bajo la cual se estructuró esta investigación. Posteriormente se establece el análisis y discusión del contenido oral recuperado en las entrevistas semiestructuradas. Aquí, los testimonios orales representan una pieza clave ya que permiten vincular un ir y venir entre la teoría y la práctica.



Por último se presentan una serie de consideraciones finales con el objetivo de que esta tesis permita colocar en la mesa de discusión el tema del sobrepeso y la obesidad desde la medicina social. Lo anterior espera animar a futuras investigaciones para que profundicen sobre aspectos que aquí hicieron falta, se aprenda de los errores cometidos y generen nuevas reflexiones desde diversas preguntas de investigación críticas y propositivas.

## **CAPÍTULO 1**

### **Estado de la cuestión ¿Qué se entiende y cómo se estudia actualmente al sobrepeso y a la obesidad?**

El sobrepeso y la obesidad en los últimos años han sido abordados y discutidos desde diferentes posturas, principalmente han provenido desde dos enfoques: el análisis biomédico y con perspectiva social. Desde finales del siglo XX el estudio de este y otros temas se ha ido complejizando gracias a la aparición de nuevas disciplinas y corrientes de pensamiento que han brindado nuevos enfoques para abordar los problemas que aquejan a la sociedad actual.

Es por esto que su estudio se encuentra inmerso en una serie de posturas y discusiones tanto teóricas como metodológicas. Actualmente la literatura existente ofrece propuestas de abordaje desde disciplinas como: la psicología, psiquiatría, epidemiología, políticas públicas, educación física y ciencias sociales. Por tanto la importancia de este capítulo radica en recuperar estas visiones con el objetivo de atender las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo se define actualmente el sobrepeso y la obesidad?
- ¿Qué aportaciones y disciplinas han abordado el tema del sobrepeso y obesidad?
- ¿Cuáles son las propuestas y posicionamientos existentes que permiten analizar el tema del sobrepeso y obesidad?

Por tanto en los siguientes apartados se desarrollan las ideas principales que fueron encontradas en la literatura existente para posteriormente enfatizar la propuesta de abordaje de esta tesis con relación a la corporalidad obesa proveniente desde las ciencias sociales.

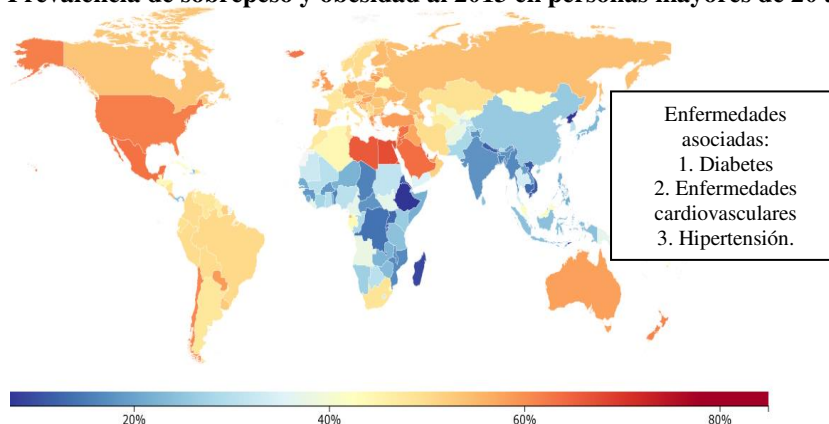
## 1. Epidemiología de la obesidad

Desde finales del siglo pasado, organismos internacionales e instituciones en salud han realizado un fuerte pronunciamiento en torno a la definición de la obesidad desde una mirada biomédica. Cada una de estas dependencias ha realizado esfuerzos significativos por establecer indicadores en salud, incidencia, prevalencia, años de vida perdidos, mortalidad asociada al sobrepeso y obesidad, entre otros puntos. Lo anterior ha surgido a raíz de la preocupación común de establecer una definición concreta, consensuada y compartida con relación a estos padecimientos, para que así, se efectúen acciones específicas para su tratamiento.

Actualmente la obesidad es vista como uno de los principales problemas y retos de salud pública a nivel internacional. Según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se trata de una “enfermedad compleja y multifactorial que requiere para su control de un abordaje integral que enfatice la prevención (especialmente en grupos vulnerables como niños y mujeres) y que fomente el conocimiento sobre las consecuencias y riesgos de la obesidad; asimismo, que promueva estilos de vida saludables considerando una alimentación sana, la actividad física y estrategias prácticas para que las personas puedan llevar un mejor control de su peso” (Barquera, 2005:20).

Los mapeos y proyecciones realizadas por el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME, 2014), sitúan a México entre los principales países con sobrepeso y obesidad.

**Figura 1: Prevalencia de sobrepeso y obesidad al 2013 en personas mayores de 20 años**



Fuente: IHME, Overweight and obesity patterns (BMI >25) for both sexes adults (20+) En línea: <http://vizhub.healthdata.org/obesity/> Consultado el 1 de Julio del 2014.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido señalando desde 1980 que la obesidad va en aumento y actualmente se han doblado estas cifras a nivel mundial. Desde el 2014 se estima que “1900 millones de adultos de 18 o más años presentan sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos” (OMS, 2015:2). Por tanto, los actuales indicadores de referencia para determinar el Índice de Masa Corporal (IMC) y poder establecer al sobrepeso y obesidad son los siguientes: “Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades” (OMS, 2015:2).

Por tanto, desde el 2004 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró una Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en donde se exponen algunas medidas para implementarse en todos los países, con el fin de mejorar la alimentación y los estilos de vida.

Dicha Estrategia se basa en los siguientes cuatro objetivos principales:

- 1) reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física mediante una acción de salud pública esencial y medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad
- 2) promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención
- 3) fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión
- 4) seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones; y fortalecer los recursos humanos que se necesiten en este terreno para mejorar y mantener la salud (OMS, 2004:4).

Es así como las acciones por parte de la OMS se enfocan en 2 puntos:

- 1) Disminuir las cifras de incidencia y prevalencia del sobrepeso y obesidad a nivel mundial mediante la implementación de políticas públicas que promuevan una mejor alimentación y activación física

2) Disminuir de manera significativa el presupuesto en salud que se designa año con año para la atención a estos padecimientos crónico degenerativos.

Para la OMS:

Las enfermedades no transmisibles constituyen una pesada carga económica para los sistemas de salud, sujetos ya por otra parte a fuertes presiones, y acarrear grandes costos para la sociedad. La salud es un factor determinante del desarrollo y un motor del crecimiento económico. La Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud ha demostrado que las enfermedades perturban el desarrollo y ha destacado la importancia de la inversión en la salud para el desarrollo económico. Los programas encaminados a promover una alimentación sana y la actividad física a fin de prevenir enfermedades son instrumentos decisivos para alcanzar los objetivos de desarrollo (OMS, 2004:3).

Para que se efectúen de manera correcta estos puntos, la OMS señala que es importante la intervención de dos sectores principalmente:

- 1) La sociedad civil y
- 2) El gobierno acompañado del sector privado

Ya que el gobierno desempeña “un papel fundamental para crear, en cooperación con otras partes interesadas, un entorno que potencie e impulse cambios en el comportamiento de las personas, las familias y las comunidades para que éstas adopten decisiones positivas en relación con una alimentación saludable y la realización de actividades físicas que les permitan mejorar sus vidas” (OMS, 2004:3).

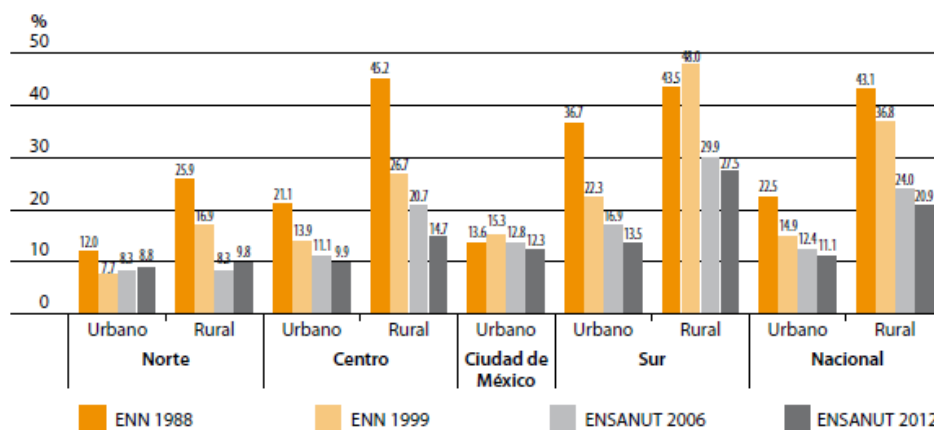
En el caso concreto de México el Instituto Nacional de Salud Pública señala que de la población total de nuestro país: 112, 336 538 millones de habitantes, 68.95% presentan sobrepeso y obesidad. Lo anterior se plantea de manera más específica a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012.

En México el sobrepeso y la obesidad afecta a 3 grandes grupos de edad:

- a) Niños: de 5 a 11 años.
- b) Adolescentes: de 12 a 19 años.
- c) Adultos: mayores de 20 años.

Y cada año las cifras van en aumento. En relación a estas dos enfermedades en niños (de 5 a 11 años), las zonas más afectadas se encuentran en el norte del país donde 12% del total de la población nacional presenta alguna de estas características físicas.

**Gráfica 1. Prevalencia Nacional de Sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años**



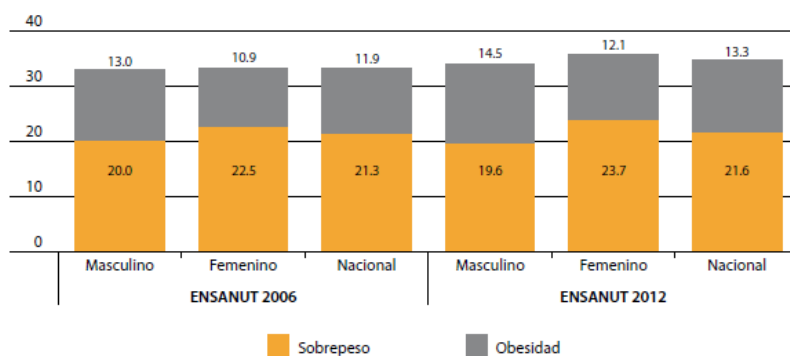
Fuente: Gutiérrez, J. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México, INSP, p. 149.

La población más afectada en el norte del país es la masculina con 17.4% de obesidad y 19.5% con sobrepeso en comparación con el femenino que presenta 11.8% y 20.2% respectivamente.

No obstante también siguen estando presentes otras enfermedades asociadas a la alimentación como es el caso de la anemia (23.3%), bajo peso (2.8%), baja talla (13.6%) y emaciación (1.6%).

En relación a la población adolescente (de 12 a 19 años), se estima que 35% de esta población presenta sobrepeso u obesidad. Uno de los datos más alarmantes gira en torno a la prevalencia ya que aumentó 5% entre el 2006 y el 2012:

**Gráfica 2: Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 12 a 19 años de edad**



Fuente: Gutiérrez, J. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México, INSP, p. 168.

De acuerdo con esta encuesta, la prevalencia entre la población adolescente ha aumentado “casi tres veces, en casi un cuarto de siglo de seguimiento a partir de las encuestas de nutrición. Sin embargo esta cifra aumentó con menor tasa entre 2006 y 2012” (Gutiérrez, 2012:170).

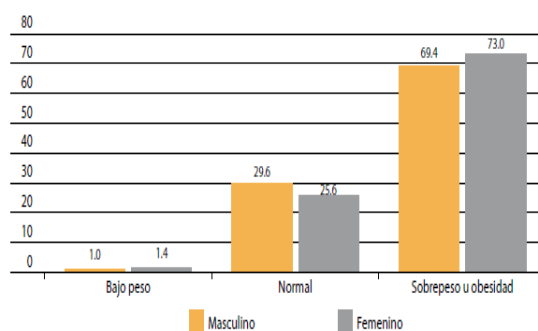
En relación a la activación física en jóvenes se encontró que 58.6% de los encuestados no realizan ninguna actividad física. Lo cual genera que 33% de este sector pase “dos horas diarias o menos frente a una pantalla, mientras que 39.3% dedicó más de dos horas y menos de cuatro horas diarias y 27.7% cuatro horas o más diarias en esta actividad sedentaria” (Gutiérrez, 2012:175-176). El resto de la población joven que respondió realizar alguna actividad física comentó que practica: fútbol soccer, básquetbol, voleibol y carrera.

Cabe destacar que esta población presenta conductas alimentarias de riesgo dentro de las que destacan: “preocupación por engordar (19.7%), comer demasiado y perder el control sobre lo que se come” (Gutiérrez, 2012:178).

Finalmente para el caso de los adultos (mayores de 20 años) se encontró que la ciudad de México ocupa el primer lugar en sobrepeso a nivel nacional con 39% mientras que la obesidad se ubica en el tercer lugar con 33.9%.

A nivel nacional la población femenina presenta más ambas características físicas en comparación con los hombres:

**Gráfica 3 Distribución del estado nutricional de hombres y mujeres de 20 años o más de acuerdo al IMC**



Fuente: Gutiérrez, J. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México, INSP, p. 180.

La población de nuestro país presenta en su mayoría obesidad abdominal en donde las mujeres ocupan el primer lugar con el 82.8% mientras los hombres la presentan en 64.5%.

En relación a la actividad física los estudios muestran que: “el 60% de los adultos clasificados como activos de acuerdo a los criterios de la OMS (...) encontramos que aproximadamente 81.8% (casi 16 horas) de las actividades reportadas durante el día son sedentarias e inactivas (dormir, estar sentado frente a una pantalla, transporte inactivo), este porcentaje es ligeramente menor en las localidades rurales que en las urbanas, de 78.3% (14 horas) a 82.7% (16 horas)” (Gutiérrez, 2012:193).

Y es justo en esta población donde se presentan la mayoría de enfermedades crónicas degenerativas asociadas al sobrepeso y a la obesidad tales como: diabetes mellitus, algunos tipos de cáncer, hipertensión arterial, entre otras.



**Cuadro 1. Distribución porcentual de las causas de consulta**

Motivo de la atención	Total		Grupo de edad				
	N	%	0 a 4	5 a 19	20 a 49	50 a 69	> 69
Enfermedades y síntomas respiratorios agudos	3 182 154	36.5	68.2	53.8	25.8	12	12.9
Diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad	1 003 024	11.5	0.0	1.0	9.2	30.1	33.0
Enfermedades y síntomas gastrointestinales	493 161	5.7	6.3	5.2	6.1	5.5	4.3
Lesiones	357 169	4.1	1.0	4.1	5.7	5.0	2.9
Enfermedades urológicas	190 999	2.2	0.0	1.0	3.7	2.0	3.4
Enfermedades y síntomas respiratorios crónicos	174 651	2.0	2.0	3.6	1.0	1.0	2.0
Síntomas neurológicos y psiquiátricos	167 107	1.9	0.0	1.0	3.0	3.0	2.0
Enfermedades y síntomas reumatológicos y dermatológicos	142 014	1.6	1.0	1.0	2.0	2.7	2.0
Otros padecimientos*	3 014 929	34.6	20.9	29.3	43.3	38.3	38.0

\* Otros padecimientos incluye: embarazo, otras infecciones y otros síntomas.

Fuente: Gutiérrez, J. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, México, INSP, p. 43.

Lo anterior representa uno de los principales retos a vencer por parte del sector salud ya que tan solo para el año 2014 se destinaron para atención de adicciones y obesidad en el Distrito Federal 312 millones de pesos, lo que representa 7% del presupuesto total en salud (SSADF, 2014). Y con esto se han tenido que buscar espacios especializados para el tratamiento de estos pacientes como es el caso de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónica (UNEMEs) donde atienden enfermedades crónico degenerativas y por parte de la Secretaría de Salud del D.F. se han abierto clínicas bariátricas como la del Hospital Rubén Leñero.

## **2. Fisiopatología de la obesidad: Definición de la composición corporal, evolución y vigilancia**

El cuerpo humano desde un posicionamiento biomédico señala que está compuesto por 5 niveles: "atómico, molecular, celular, hístico o titular y corporal" (Velázquez, 2005:79).

**Figura 2. Niveles de composición corporal**

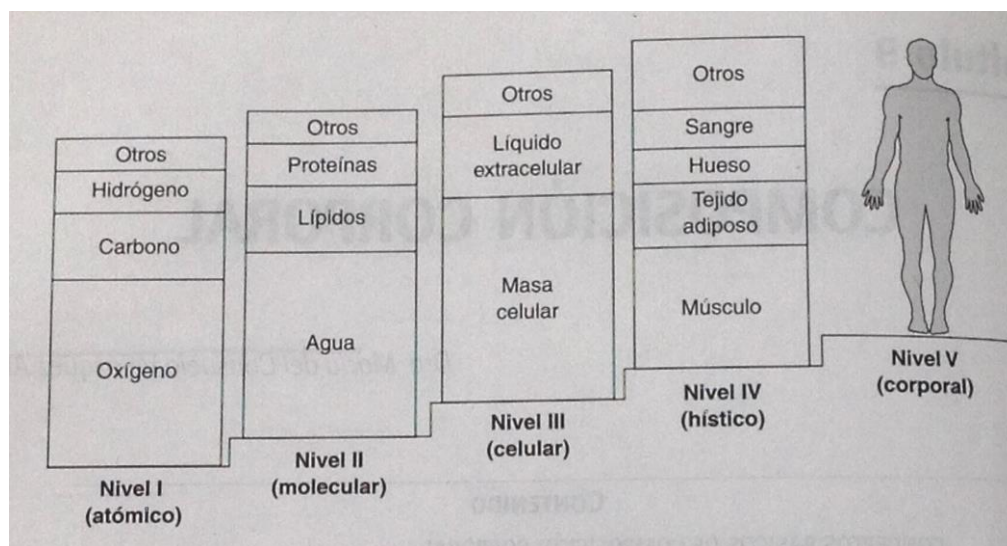


Imagen extraída de Velázquez-Alva, M. (2005). Composición corporal. p. 80.

Para el estudio y análisis de la obesidad, médicos, investigadores y nutriólogos han enfocado su atención hacia este último: el corporal. Los estudios de corte biomédico han desarrollado diversas técnicas para establecer la composición corporal para obtener un conocimiento del tejido graso que se encuentra distribuido al interior del cuerpo humano.

Dentro de las técnicas de medición de grasa se encuentran dos tipos: las de referencia y las de ecuación. Las técnicas de referencia se caracterizan por utilizar instrumentos complejos que en ocasiones, resultan costosos.

La tecnología usada para esta técnica son los siguientes:

- Tomografía computarizada. Es una técnica útil para medir el tejido adiposo en una persona. Su utilización se enfoca principalmente en pacientes con obesidad mórbida ya que en ocasiones el plicómetro no cuenta con la dimensión precisa. Por lo mismo, en esta técnica lo que se hace es un acercamiento puntual hacia una zona del cuerpo como el abdomen con el fin de determinar la cantidad de tejido graso.
- Densitometría. Esta técnica permite valorar la composición corporal mediante la densidad corporal. Se guía bajo el modelo biocompartimental, es decir, aquí el cuerpo es dividido en dos partes: zonas grasas y masa libre de grasa.

- Resonancia magnética. Se basa en la interrelación que existe en los núcleos de los átomos de hidrógeno y los campos magnéticos que se generan. A través de esta vinculación es posible obtener una imagen capaz de cuantificar el tejido gracias a cortes imageneológicos de gran precisión que ayudan a visualizar zonas con un mayor tejido graso.
- Ecografía. Para este estudio se utilizan ondas ultrasónicas en determinados puntos del cuerpo. A partir de la resistencia hacia el eco que se produce es posible determinar tanto zonas específicas como cantidad de tejido graso y muscular.

Por su parte existen también las técnicas de ecuación caracterizadas por ser más accesibles respecto a las anteriores ya que no requieren de aparatos complejos y en su mayoría se basan en cálculos estadísticos y tablas de referencia y valoración entre las que se encuentran:

- Mediciones antropométricas. Se apoyan de algunos instrumentos de fácil aplicación, manejo y transportación tales como el plicómetro (que sirve para medir pliegues corporales en zonas como brazos, espalda o cintura), cinta métrica y un estadímetro.<sup>1</sup>
- Impedancia bioeléctrica. Como su nombre lo indica se caracteriza por utilizar propiedades eléctricas en dos partes del organismo. A través de un análisis de transmisión de frecuencia eléctrica es posible distinguir los distintos tejidos grasos y no grasos en los órganos.

Con lo anterior es posible apreciar que para el estudio del cuerpo obeso, visto desde un enfoque biomédico, la atención se centra en analizar mediciones y distribución de grasa en el cuerpo. Por lo que la atención en torno al cuerpo se concentra en circunferencias de zonas como: "tricipital, subescapular, bicipital, pectoral, midiaxilar, supraíliaco, abdominal, muslo y pierna" (Breton, 2000:171), ya que de acuerdo a estos estudios, éstas son las zonas del cuerpo donde se distribuye y percibe de forma clara la grasa corporal.

---

<sup>1</sup> Un estadímetro es un aparato de medición portátil que sirve para tomar la estatura de niños y adultos. Se coloca en lugar fijo y cuenta con tres partes: tope móvil, base y tablero.

No obstante cabe mencionar que algunas de estas técnicas como la antropometría han ayudado a analizar otros problemas vinculados a la alimentación como es la malnutrición.

### **3. Activación física y obesidad**

Un abordaje más para el estudio del sobrepeso y la obesidad proviene de los especialistas en actividad física. Si bien la literatura señala que el sobrepeso y la obesidad son “enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida y conducen a una muerte prematura (Majarrez, 2010:245), la activación física sirve como uno de los principales pilares en el manejo y tratamiento de estas s personas.

Las investigaciones bajo esta línea “sugieren colocar a la obesidad como una patología que esté al mismo nivel que el resto de las crónico degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la hiperlipidemia, con la que comparte muchas de sus características” (Gargallo, 2000:292).

El reto actual consiste en disminuir las cifras de la población sedentaria ya que la inactividad física está relacionada con el aumento de grasa corporal. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 “la inactividad física y la ingestión excesiva de energía están relacionadas con la aparición de enfermedades crónico degenerativas, como la obesidad, la enfermedad coronaria, la diabetes mellitus tipo 2 y varios tipos de cáncer; además se les asocia con índice de mortalidad por diversas causas” (Majarrez, 2010:245).

Por tanto las propuestas que se realizan desde esta perspectiva consisten en implementar rutinas de ejercicio físico entendido como “movimientos planificados y diseñados especialmente para estar en forma y lograr una buena función del organismo” (Céliz, 2005:669). Esto a raíz de que en los últimos años se ha visto que en pacientes con alteraciones metabólicas ha surtido buenos resultados.

Es importante indicar que antes de iniciar una rutina de ejercicio deben evaluarse algunos aspectos como: el estado actual de salud de la persona, condición física, hábitos alimenticios, estado psicológico, entre otros aspectos.

No obstante la literatura (Majarrez, 2010; Gargallo, 2010; Céliz, 2005) señalan que se han encontrado algunos retos al trabajar con estos pacientes tales como:

1. Resistencia a la insulina.
2. Lípidos. En donde intervienen factores hormonales, nerviosos y circulatorios para la liberación de ácidos grasos.
3. Tensión sanguínea con variaciones significativas.

Por tanto, para obtener y mantener un peso corporal idóneo es importante llegar a un balance energético, es decir, un equilibrio entre el ingreso calórico (alimentación) y energía gastada (a través el ejercicio).

Por tanto, la labor del especialista en activación física consiste en formular una programación de ejercicio. Para esto es importante considerar “las preferencias, recursos, horarios, condiciones ambientales, equipo e instalaciones al alcance del paciente” (Majarrez, 2010:247). Con esto se busca que la rutina se realice al menos 5 días a la semana y su duración sea de 30 minutos diarios o 150 minutos de ejercicio moderado a la semana.

Al iniciar la rutina de ejercicio estos profesionales se apoyan en un podómetro o cuenta pasos que sirve para medir la distancia recorrida, el consumo de energía y los pasos que da la persona en una sesión.

Para trabajar con pacientes obesos la caminata resulta una de las actividades mejor aceptadas ya que no requiere gasto de bolsillo y a su vez, puede realizarse en casi cualquier espacio.

No obstante hay que considerar las condiciones actuales en que vivimos ya que la inseguridad, la falta de espacios adecuados y el poco tiempo libre dificultan la realización de este tipo de actividad.

#### **4. La obesidad desde la mirada psicológica y psiquiátrica**

Se considera que la obesidad no es un trastorno propiamente psiquiátrico y/o psicológico aunque si es considerada como una enfermedad multifactorial. Si bien el ser humano puede presentar diversos trastornos de comportamiento a lo largo de su vida, aquellos que obedecen a la alimentación hoy por hoy tienen una mayor preocupación debido a que las estadísticas muestran aumento en torno al sobrepeso y a la obesidad.

Por tanto, el objetivo de estas dos disciplinas (psicología y psiquiatría), gira en torno a un modelo de intervención propiamente terapéutico. Su objetivo principal se enfoca en brindar atención psicológica desde la teoría cognitivo-conductual que consiste en implementar una terapia con el fin de analizar los "pensamientos erróneos para cambiar éstos para mejorar el trastorno" (Ranero, 2000:332). Y en ocasiones esta intervención es complementada con fármacos.

Para estas dos disciplinas, la obesidad es entendida como: "un estado patológico con incidencia elevada y con implicaciones graves desde el punto de vista de la salud en general, de la productividad y de las relaciones personales. En un trastorno muy fácil de diagnosticar, pero ciertamente muy difícil de tratar (...) puede considerarse una alteración crónica multifactorial, que afecta diversos aparatos y sistemas y constituye una condición importante para una serie de alteraciones médicas, de las cuales destacan: hipertensión, dislipidemias, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, litiasis vesicular, osteoartritis, apnea obstructiva del sueño, algunos tipos de cáncer, como el de colon, y alteraciones menstruales e infertilidad" (Salin, 2005:243).

A su vez, se enfatiza que estos pacientes también pueden presentar otro tipo de alteraciones psicológicas. Éstas son detectadas generalmente en consulta médica donde

se utiliza un cuestionario estandarizado que identifica trastornos como: depresión, ansiedad y alteraciones del sueño principalmente, siendo algunos de estos el momento de intervención psicológica y psiquiátrica.

En relación a la depresión Salin y Basilio (2005, 2000) señalan a este trastorno común en personas con corporalidades obesas o con sobrepeso debido a la fuerte presión social que valora un cierto tipo de imagen cada vez más delgada. "Al mismo tiempo esto lleva a generalizar en la población el deseo de perder peso y la exigencia de tratamientos más eficaces" (Ranero, 2000:332) lo cual sin duda se ve reflejado en su personalidad y le orilla a adquirir otro tipo de comportamientos con respecto a su alimentación propiciando muchas veces a la intolerancia o frustración cuando la ingesta es cada vez mayor (Bauza, 2005).

Para este tipo de trastorno se utilizan algunos fármacos: neurolépticos y litios (los cuales se relacionan con el incremento de peso tras un consumo prolongado provocando el efecto que se pretende combatir).

Un trastorno más que presentan algunas personas obesas es la ansiedad, "otra forma de depresión atípica en las que el paciente aumenta de peso" (Salin, 2005:244) porque en ocasiones se ha visto que las personas con depresión presentan también ansiedad que se ve reflejada en la ingesta de comida.

En relación a este punto psicólogos y psiquiatras utilizan al interior de las terapias estrategias de autocontrol con la intención de que la persona adquiera nuevos hábitos y herramientas para disminuir su consumo de alimentos. Dentro de las recomendaciones para lograrlo se encuentran:

- 1) Comer despacio a) dejar los cubiertos en la mesa después de cada bocado b) no ingerir grandes cantidades c) masticar despacio d) disfrutar lo que se está comiendo.
- 2) Comer menores cantidades.
- 3) Establecer un horario fijo de comidas.
- 4) Comer en la mesa.
- 5) No almacenar alimentos peligrosos.
- 6) Saber diferenciar entre el deseo producido por hambre y el que produce la ansiedad (Ranero, 2000:334-335).

No obstante en relación a los trastornos de comportamiento es importante posicionarlos en el contexto y la problemática actual ya que como señala Mardomingo, desde finales el siglo XX el ritmo de vida y contexto se modificaron drásticamente trayendo consigo cambios en relación a la percepción tanto individual como colectiva. Hoy en día se cuenta con una idea distinta respecto a la imagen del sujeto "*es lo que aparenta ser*, y forma parte del grupo en la medida en que se atiene a las normas de comportamiento y cánones estéticos que ese mismo grupo dicta" (Mardomingo, 2000:101).

Y justo en relación a este punto la imagen publicitaria juega un papel preponderante ya que a través de la utilización de los medios masivos de comunicación se difunden estereotipos corporales "Estar delgado es el requisito exigido para ser normal, para ser uno más, para tener éxito en la vida. Desde esta perspectiva se comprende hasta qué punto el sujeto obeso representa una transgresión de estos valores y convicciones y se hace acreedor del repudio y discriminación de su semejantes" (Mardomingo, 2000:102). En respuesta a esas exigencias sociales surgen y entrelazan otro tipo de alteraciones del comportamiento que rechazan la obesidad tales como la bulimia, anorexia y vigorexia por mencionar solo algunas.

Finalmente algunas personas obesas presentan otro tipo de alteraciones como son las del sueño en donde se ha visto que consumen fuertes cantidades de alimento en el momento en el que se despiertan. Aquí utilizan principalmente tratamiento con estabilizadores y antipsicóticos como la risperidona, carbamacepina y ácido valproico en los que se ha visto una relación con el aumento de glucosa y "aumento de peso de 5 a 10% en un tercio de los pacientes" (Salin, 2005:244).

No obstante psicólogos y psiquiatras señalan que el manejo terapéutico de la obesidad es complejo. Si bien es importante contar con el apoyo de la familia, pareja, amistades y otras redes de apoyo, de igual forma es importante señalar que no se puede hablar de manera generalizada sobre una personalidad del paciente obeso. Cada sujeto tiene una historia personal muy puntual, por tanto debe valorarse para establecer una propuesta de intervención terapéutica.



## **5. La obesidad y su vinculación con políticas públicas**

La obesidad y el sobrepeso han sido incorporados en los discursos en salud y en la aplicación de políticas públicas desde 1998. Justo en ese año surgió la primera Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad (NOM-174-1998) cuyo objetivo central se enfoca en “establecer los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad” (NOM, 1998:3).

En relación a la prevención y tratamiento de la obesidad se propone que todo paciente (niño, adulto, adulto mayor) que requiera un manejo integral sobre este padecimiento, deberá contar con la atención adecuada. El primer lugar de referencia será el médico en consulta que se apoyará principalmente de nutriólogos y psicólogos. Con lo anterior se busca consolidar mayores alternativas disponibles para cada paciente de acuerdo a necesidades específicas.

En el caso concreto del nutriólogo, su labor consiste en realizar una historia nutricia para cada paciente. De esta forma se obtiene una idea global sobre estilos de vida, entorno familiar y personal, mediciones antropométricas y el problema de sobrepeso u obesidad que presenta, así es posible elaborar un plan para su manejo y consistirá en un seguimiento mensual apoyado por una dieta individualizada.

El otro profesionista que apoyará el tratamiento del paciente obeso o con sobrepeso es el psicólogo cuya labor consiste en analizar comportamientos riesgosos para la salud del paciente. Lo anterior con el fin de lograr modificar los hábitos alimentarios del paciente.

Aunado a esto, al interior de esta Norma se aprueba el uso de tratamiento farmacológico para el tratamiento del sobrepeso y obesidad siempre y cuando el médico lo considere prudente, sobretodo en casos de obesidad extrema.

No obstante y pese a la aparición de esta Norma en 1998, las cifras de incidencia y prevalencia continuaron incrementándose por lo que en 2010 surgió la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (NOM-008-SSA3-2010) la cual fue acompañada con el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. En

este último se propone trabajar en específico con la población infantil para prevenir y disminuir las cifras de sobrepeso y obesidad en población escolar gracias a un acuerdo realizado con la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Con relación a la Norma de 2010 ésta inicia con una definición del sobrepeso y la obesidad que dice: “se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras” (NOM, 2010:5).

De igual forma propone trabajar de manera conjunta a médicos generales, especialistas, nutriólogos y psicólogos. Esta Norma recupera la importancia del Índice de Masa Corporal (IMC) para clasificar y establecer tratamientos estandarizados e integrales para cada paciente.

A su vez, establece la aprobación para realizar técnicas quirúrgicas cuando se presente obesidad mórbida siempre y cuando la persona pase las evaluaciones psicológicas y el problema sea exclusivamente de una alteración endócrina. Dicho sujeto será remitido a una de las clínicas registradas ante la Secretaría de Salud (SSA) y deberá tener pleno conocimiento del procedimiento y riesgo que implica la intervención.

Para el tratamiento de estas personas, la Norma establece la infraestructura y equipamiento con el que debe contar el personal a cargo. Caben destacar dos recursos: la báscula clínica con estadímetro y la cinta antropométrica.

No obstante un último punto que se enfatiza al interior de esta Norma es en torno a la publicidad. Esta debe ser en todo momento clara debido a que:

No debe anunciar la curación definitiva. No hacer referencia a tratamientos en los que no se distinga un tratamiento en particular. No promover la utilización de medicamentos secretos o fraccionados. No sustentar tratamientos en aparatos electrónicos o mecánicos reductores de peso como opción, ni ofrecer resultados extraordinarios o milagrosos sin ningún esfuerzo físico, ni modificación en los hábitos de alimentación. No promover el uso de anorexígenos, vacunas, diuréticos, extractos tiroideos, fajas de yeso u otros materiales, cremas, inyecciones de enzimas,

aminoácidos, lipolíticos y otros productos similares para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. No inducir la automedicación (NOM, 2010:7).

En el caso específico de la población infantil y adolescente, se creó en ese mismo año de 2010 el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Aquí a manera introductoria se recuperan las cifras de la ENSANUT para señalar el panorama actual del sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años mismo que asciende a “4 millones de niños (...) se presenta en uno de cada cuatro niños (26%), mientras que uno de cada tres adolescentes la padecen (31%)” (SEP/SSA, 2010:7).

De igual forma se señala que dentro de los factores vinculados al sobrepeso y a la obesidad está la falta de actividad física. En esta población se ha visto que cada vez dedican más tiempo a actividades sedentarias como “ver televisión, jugar en la computadora y otras actividades similares” (SEP/SSA, 2010:7).

En este acuerdo se enfatiza el apoyo de varios sectores:

- los padres de familia
- el personal en la escuela
- las instituciones en salud
- El sector empresarial e industrial
- Organizaciones de la sociedad civil

Se enfatiza principalmente el trabajo de los dos primeros ya que por una parte los padres de familia tienen un papel fundamental al interior de este Acuerdo ya que deben prestar atención a la alimentación correcta de sus hijos para que puedan crecer y desarrollarse sin presentar enfermedades crónicas a tan corta edad. La escuela por su parte debe brindar ambientes idóneos que permitan realizar actividades que ayuden a disminuir y/o revertir el problema del sobrepeso y la obesidad.

Por tanto dicho acuerdo se marca tres componentes:

- “Promoción y educación para la salud
- Fomento de la activación física regular

- Acceso y disponibilidad de alimentos y bebidas que facilitan una alimentación correcta” (SEP/SSA, 2010:11).

Esto no sólo deberá ser tratado al interior de clase sino también deberá incluirse en los libros de texto gratuito que deberán contener temas de orientación alimentaria, cuidado de la salud, activación física, entre otros. La promoción del conocimiento del cuerpo y su cuidado ante los demás es uno de los temas centrales porque así se puede entender la importancia del ejercicio físico.

Lo anterior se apoyará retirando el comercio ambulante que venda “alimentos y bebidas que no facilitan la alimentación correcta o que no satisfagan las medidas de higiene requeridas fuera de las escuelas” (SEP/SSA, 2010:20).

Por tal motivo en ese mismo año de 2010 se aprueba la Norma Oficial Mexicana sobre especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas pre envasados-información comercial y sanitaria (NOM-51-scfi/ssa1-2010), cuyo objetivo consiste en “establecer la información comercial y sanitaria que debe contener el etiquetado de los alimentos y bebidas no alcohólicas pre envasados de fabricación nacional o extranjera, así como determinar las características de dicha información” (NOM, 2010a:4).

Con esa Norma se pretende establecer bases para que todos esos productos cuenten con información nutrimental de manera frontal. De esta forma se busca tener acceso a propiedades nutritivas, conocer el contenido de azúcares totales y por porción así como sus aportaciones al organismo (de vitaminas, minerales, proteínas, grasas, grasas saturadas, fibra dietética, lípidos, sodio, entre otros).

Asimismo estos productos deben contener información sobre fecha de caducidad, características básicas de su composición y naturaleza de la bebida o alimento, porcentajes, utilización de materias primas de origen químico, naturales, aditivos, contenido neto, información nutrimental y contenido energético. Con todos esos detalles de información se pretende que el consumidor tenga mejor capacidad de selección de

los productos a ingerir. Dicha Norma debe seguirse también al interior de las escuelas como una medida complementaria para disminuir las cifras de sobrepeso y obesidad.

Aunado a ello el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) establecieron programas correspondientes para el tratamiento, control y prevención de enfermedades crónicas como el sobrepeso y la obesidad.

El ISSSTE implementó desde el año 2010 su programa de prevención conocido como PREVENISSSTE el cual consiste en atender, controlar y prevenir la aparición y detección de enfermedades crónico degenerativas. Su cobertura incluye la atención de enfermedades como: diabetes mellitus, cáncer de próstata, cáncer cérvicouterino, hipertensión y enfermedades cardíacas. Para ello cuenta con el apoyo de personal de nutrición y psicología que de acuerdo al padecimiento presentado, obtendrán una orientación y planificación de acuerdo a las necesidades de cada persona.

En el caso del IMSS, desde el año 2003 ha venido trabajando con las encuestas ENCOPREVENIMSS cuyo objetivo es conocer el estado actual de los derechohabientes de dicha institución. Aquí se estudiaron a “más de 30 mil viviendas de derechohabientes” (IMSS, 2009:4) y posteriormente se establecieron Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). Cada uno de estos se enfoca en atender a grupos de población según sus edades:

- Salud del niño: menor de 10 años. Realiza una campaña de vacunación universal y prevención de problemas como: anemia, caries dental, defectos de agudeza visual y detección de enfermedades metabólicas congénitas.
- Salud del adolescente: de 10 a 19 años. Brinda orientación y campañas de métodos anticonceptivos y salud sexual.
- Salud de la mujer: de 20 a 59 años. Se establece una cobertura en vacunas, medición de cintura al interior de la consulta para prevenir el sobrepeso y la obesidad, toma de tensión arterial con el objetivo de detectar a tiempo alguna alteración, medición de glucosa con el fin de detectar diabetes, exámenes específicos como toma del papanicolau, exploración de glándulas mamarias, entre otros.

- Salud del hombre: de 20 a 59 años. Se establece una cobertura en vacunas, medición de cintura al interior de la consulta para prevenir el sobrepeso y la obesidad, toma de tensión arterial con el objetivo de detectar a tiempo alguna alteración, medición de glucosa con el fin de detectar diabetes, exámenes específicos como antígeno prostático con el fin de detectar alteraciones.
- Salud del adulto mayor: 60 y más años de edad. Además de lo anterior cuenta con una campaña de vacunación anti influenza y antineumocócica.

Aunado a esto se estableció la campaña la estrategia cinco pasos que contiene la publicidad de “chécate mídete muévete”. Esta se implementa por parte de la Secretaría de Salud tanto al interior de las escuelas como en población adulta.

Su metodología la obtiene del Programa de Prevención de Obesidad en Infantes (EPODE) de Francia en donde se busca implementar un mayor conocimiento en la alimentación y actividad física “con una filosofía en educación y cambio de conductas” (SEP/SSA, 2010a:8).

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Actívate. Consiste en realizar actividad física al menos 30 minutos para adultos o bien, 60 minutos para niños y adolescentes.
2. Toma Agua. Se busca apoyar un correcto estado de hidratación por lo que se recomienda consumir entre 6 y 8 vasos de agua simple en lugar de bebidas azucaradas que ponen en riesgo la salud principalmente en niños y jóvenes.
3. Come frutas y verduras. Con el objetivo de establecer estilos de vida más saludables, busca promover el consumo de alimentos que proporcionen vitaminas, minerales y fibra que tienen efectos benéficos para la salud. Por tanto la ingesta recomendada al día es de 5 verduras y 1 fruta diaria.
4. Mídete. Debido al contexto actual en donde prevalece la obesidad y sobrepeso, se recomienda tener un cuidado y control sobre la circunferencia abdominal para que así se preste mayor cuidado en relación al sedentarismo y conductas que representan un riesgo para la salud.
5. Comparte. Un buen estado de salud física y emocional es una estrategia útil que debe transmitirse a la gente más cercana.

Cabe destacar que dicho programa se plantea de larga duración y requiere de esfuerzos coordinados de distintas instituciones para incidir favorablemente en la población del país.

## **6. Aportaciones desde las ciencias sociales para el estudio del sobrepeso y la obesidad**

Para este último apartado es importante desarrollar tres textos centrales donde el tema de la obesidad se relaciona con la mayor importancia de la corporalidad, misma que es una pieza central a lo largo de esta tesis.

El abordaje del tema de la obesidad desde este posicionamiento ha provenido principalmente desde la antropología.

Así, Bertran y Sánchez (2009) realizan un trabajo comparativo entre la lepra y la obesidad. Estas autoras comienzan por señalar que la enfermedad (vista como una alteración fisiológica del cuerpo), también es un trastorno social debido a que cada cultura le brinda una explicación y sentido propios. A partir de esto se establecen sistemas socioculturales del discurso que permiten entender algunos motivos de la enfermedad tales como el dolor, sufrimiento, afecciones en relaciones sociales, entre otras.

Es en Occidente donde se ha establecido un número mayor de discursos y percepciones sociales relacionadas con el cuerpo, el cual empieza a ser clasificado para entender su malestar. Dentro de las dicotomías destacan: sano/enfermo, bueno/malo, normal/anormal, entre otros.

Para las autoras, el sobrepeso y obesidad presentan también una carga moral. Ellas comentan que con la llegada de la modernidad, el cuerpo entra en el discurso biomédico que evidencia a todos los sujetos que presentan cuerpos enfermos. Para el caso concreto de la obesidad, las autoras señalan que estas corporeidades son evidenciadas como algo patológico debido a que se muestra a estos sujetos como faltos de adquirir un sentido de responsabilidad sobre el cuidado de su cuerpo. Dicha carga moral genera un estigma

sobre la persona ya que al entrar en un “esquema del deber ser” sobre el cuerpo, se juzga de antemano la corporalidad desde las conductas que son consideradas socialmente como reprobables para ese grupo. Si bien la obesidad y la lepra tienen momentos históricos diferentes, estas dos características corporales presentan connotaciones y trato social muy similares. Alrededor de los cuerpos se establecen “normas y actitudes consideradas apropiadas y correctas que son las que detonan un marcado rechazo hacia todos aquellos cuerpos que la detentan” (Bertran, 2009:149).

Estas enfermedades visiblemente distinguibles provocan actitudes de “repugnancia, lástima, reprobación, vergüenza, aversión y desagrado” (Bertran, 2009:149). Y son cuerpos estigmatizados y vistos como desviados de la norma debido a que generan un impacto en la vida e interacción de dichos sujetos.

El primero a que se hace referencia es la lepra de Europa Medieval descubierto en 1874 por Gerhard A. Hansen causada por un bacilo (*mycobacterium leprae*). En un principio a esta enfermedad se le asoció con malos hábitos higiénicos y con personas de escasos recursos.

Todas las personas quienes presentaron la enfermedad de la lepra tuvieron consecuencias terribles en su vida social. En esa época se suscitó un miedo colectivo, es decir, había un fuerte temor por parte del resto de la sociedad de contraer la lepra que era vista como un padecimiento contagioso, incurable y deforme. Como medida precautoria los gobiernos optaron por rechazarlos, desterrarlos, confinarlos, violentarlos, estigmatizarlos con una capa gris y tocar una campana cuando se acercaban a pedir alguna limosna, se establecieron prohibiciones civiles sobre ellos como entrar a iglesias, mercados o plazas, contraer matrimonio y en los casos más extremos fueron enviados a la hoguera. Esta medida fue vista como la mejor en materia de salud poblacional entre los siglos X y XIII (Bertran, 2009:152).

Médicos y eclesiásticos de esta época llegaron a la conclusión de que las personas con esa enfermedad eran sujetos pobres que la presentaban debido a “un desequilibrio humoral debido al exceso de bilis negra o humor melancólico, dicho desequilibrio podía tener su origen en la transgresión moral” (Bertran, 2009:154). No obstante los religiosos



establecieron medidas de sanidad de forma caritativa las cuales ayudaron al tratamiento de otros padecimientos como la sífilis.

La otra característica corpórea que se recupera en el texto es la obesidad. La manera en que la presentan las autoras es a partir de posicionar a estos sujetos en el discurso biomédico donde son enunciados como enfermos debido a que presentan exceso de grasa corporal. No obstante, para su análisis las autoras incorporan elementos relevantes de la historia que posibilitan entender el momento en que estos cuerpos son incorporados en el saber médico.

En este artículo, se entiende a la obesidad como “una condición fisiológica que se caracteriza por tener un exceso de masa grasa, producto de un desbalance energético entre los alimentos que se consumen y los que gasta el organismo para llevar a cabo funciones vitales y las actividades cotidianas” (Bertran, 2009:156).

La obesidad desde la década de los años ochenta ha sido un padecimiento que ha estado en disputa y se han incrementado sus cifras de manera alarmante a nivel mundial.

La peculiaridad de esta enfermedad radica en que la sociedad contemporánea establece significados de salud vinculados a la “estética, a la normalidad y en ocasiones a la moralidad<sup>2</sup> (Bertran, 2009:158). La imagen corporal de delgadez bajo la cual nos encontramos fomenta “la estigmatización de estos sujetos a los que se les asocian calificativos como la “pereza o descuido” (Bertrán, 2009:158).

No obstante cabe destacar que la modernidad presenta una contradicción en sí misma ya que por un lado un cuerpo sano recupera algunos ideales de delgadez provenientes de la publicidad y por el otro, existe una industria alimentaria que ofrece productos para todo tipo de personas. Y dada las condiciones actuales y el extenuante ritmo de vida, los alimentos a los que se tiene mayor acceso son los que presentan mayor aporte energético debido a su accesibilidad y rapidez.

Como lo señala Fischler (1995), vivimos en una sociedad obesófoba, es decir, está presente una preocupación por el peso e imagen corporal que a partir de esto se establece un rechazo hacia alimentos ricos en grasa y personas con corporalidades

distintas. Por lo mismo es común que la obesidad actualmente signifique “descontrol, inmoralidad o, lo que es lo mismo, dar rienda suelta al placer” (Bertran, 2009:159).

Y estos sujetos han sido blanco de discriminación, como lo sucedido en el Ayuntamiento de San Francisco, California en donde se debió incluir a la obesidad como “decreto sobre prohibición de discriminación junto con otros como la raza, el género, la preferencia sexual y la minusvalía” (Bertran, 2009:159).

Aunado a esto, la propia contradicción de la modernidad proveniente del consumo, trae de forma atractiva cremas, suplementos, aparatos de ejercicio, masajes y otros productos que aseguran reducir de forma milagrosa algunas zonas del cuerpo. La búsqueda de una estética delgada ha caído en una responsabilidad del individuo, es decir, del cuidado de su cuerpo y prevención de enfermedades.

Finalmente estas autoras llegan a la conclusión de que la lepra y la obesidad reflejan una continuidad de estigmatización social dentro de la cultura de occidente. Sobre el cuerpo se establecen expresiones, percepciones y significados que hacen que el resto de los sujetos lo señalen, diferencien, separen o acepten. Aquí el papel del Estado es importante ya que éste emite una clasificación de salud a partir de la estética pero a su vez, deja el cuidado de la salud a un acto meramente individual.

El segundo texto que aborda el cuerpo obeso desde una perspectiva sociocultural es el de Contreras (2002) quien empieza por señalar que el problema de la obesidad no ha sido visto de igual forma a lo largo de la historia. Fue hasta últimos años del siglo XX cuando esta característica corpórea se consideró como un “factor de riesgo que es necesario reducir para prevenir numerosas enfermedades, sobretodo de carácter cardiovascular” (Contreras, 2002:275).

De acuerdo con este autor se han establecido mayores atributos asociados a la salud tales como la belleza y la alimentación y esto se debe gracias a nuestro contexto en donde la sociedad occidental emite valoraciones muy específicas sobre el significado otorgado a la grasa corporal. Lo anterior es apoyado por la cultura de masas con

imágenes de cuerpos esbeltos y productos milagrosos para ser seguidos y adoptados por parte de la población.

Como lo señala Contreras, “Nos enfrentamos, pues, a una cuestión médica o, más ampliamente biológica, que parece tener sus raíces en un fenómeno complejo y que arranca de unas nuevas circunstancias cuyos desencadenantes tienen que ver con factores sociales, económicos y culturales” (Contreras, 2002:275).

Por tanto este autor considera importante enfatizar que la obesidad como enfermedad es de reciente aparición ya que anteriormente lo que predominaba era una crisis alimentaria. Las personas comían cantidades mínimas que eran almacenadas en el cuerpo a manera de reserva y sólo unos cuantos tenían acceso a banquetes o festines. Estos últimos eran propios de las clases dominantes y eran la diferencia entre el pueblo y la élite.

De igual manera algunos productos como la carne y el azúcar fueron accesibles sólo para ciertas clases sociales mejor acomodadas debido a su elevado costo. No fue hasta el siglo XIX cuando se tuvo acceso a estos productos sin los altos costos iniciales. “En los siglos XVII y XVIII, por el contrario, lo graso de las diversas carnes de matanza costaba como media dos veces más que lo magro. Asimismo, ciertas piezas grasas como el pecho del buey pasaban por distinguidos mientras que hoy son piezas de segunda categoría” (Contreras, 2002:279). La grasa anteriormente era considerada como un artículo de lujo debido a su funcionalidad en el hogar ya que ayudaba alumbrar y a realizar ciertas actividades.

La delgadez, desde un estudio y problematización propiamente social (antropológico en este caso), tiene una aparición más reciente. Si bien, la vida del ser humano anteriormente se caracterizó por presentar grandes periodos de escasez y hambruna, esto se modifica con la llegada de una nueva comercialización en donde se tiene acceso a productos que antes eran sumamente valorados como aún sucede en sociedades tribales.

El siglo XIX y XX se caracteriza por el cambio corporal, es decir, el cambio hacia la corpulencia que si bien antes significaba “salud, prosperidad, honorabilidad” (Contreras,

2002:281) hoy en día significa repulsión. El cambio en los cánones de belleza (sobre todo en el caso de la mujer) promovió incorporar nuevos estereotipos de belleza, sexualidad y atracción propios de nuestra época.

De igual forma, fue justo hasta el siglo XX cuando se asoció la gordura como una “consecuencia de la acción de los médicos y de las compañías de seguros. Ambos colectivos promocionaron un tipo de *“cuerpo ideal”* bastante más delgado que el estereotipo anterior” (Contreras, 2002:281).

La salud en la actualidad está fuertemente cargada de estadísticas, de mediciones, que ayudan a informar sobre la condición en la que se encuentran los sujetos en un periodo determinado. Por otra parte, comer grasa ha dejado de ser un privilegio, por el contrario la accesibilidad se ha modificado. Actualmente:

Tenemos mucho de todas las cosas. Se nos trata como consumidores. Constantemente se nos reclama para comprar más y más cosas y cosas nuevas: alimentos, coches, electrodomésticos, vestidos, etc. Se nos dice constantemente que la prosperidad debe ser mantenida incrementando constantemente el consumo. Todo ello supone un fuerte contraste con un pasado no muy distante cuando el ahorro y la frugalidad constituirían dos apreciadas virtudes y el énfasis se colocaba más en la producción que el consumo (Contreras, 2002:284).

Para Contreras la queja actual de las autoridades sanitarias consiste en que la gente no está dietéticamente educada, es decir, no se apega a las recomendaciones nutricionales y por eso se ha incrementado el problema del sobrepeso y la obesidad. Por tanto su propuesta final consiste en realizar más estudios que determinen los efectos de este padecimiento pero desde una problematización que recupere aspectos sociales tales como el apoyo social, condiciones ambientales, estilos de vida, entre otros.

Finalmente en el último texto Vigarello (2010) realiza una historia social de la metamorfosis de la grasa. Ya que en este apartado se pone énfasis en la visión contemporánea del problema de la obesidad, de dicho texto se recupera la última parte de su libro que se enfoca en analizar el debate contemporáneo de la enfermedad.

Para Vigarello la obesidad en los últimos días se ha complejizado. Al vivir en sociedades cada vez más individualizadas, el problema actual del sujeto obeso responde a un acto de voluntad.

Dicho de otra manera, el obeso actualmente es un sujeto que debe afrontar por sí mismo el problema, por tanto, se convierte muchas veces en una cuestión que pone en tela de juicio su identidad. Es un análisis más profundo, el reto del obeso en la modernidad consiste en ver la manera en que el sujeto “vive en un cuerpo que le traiciona al mismo tiempo que es su expresión última: un cuerpo que es ajeno y propio al mismo tiempo. Así se plantea un nuevo problema: abandonar la propia identidad” (Vigarello, 2010:279).

La modernidad ha traído la medición de la obesidad que si bien mucho tiempo había quedado más en la subjetividad, ahora se han establecido estándares de medición corporal y el marco de referencia universalmente aceptado es el Índice de Masa Corporal (IMC) bajo el cual se clasifica el cuerpo del sujeto: “sobrepeso se sitúa entre 25 y 29, después, la obesidad, que se sitúa por encima de la cifra 30, y a su vez tiene tres grados: moderada, severa (a partir de la cifra 35) y muy severa (por encima de 40)” (Vigarello, 2010:280).

Y esto surgió a raíz de ver el incremento a nivel mundial de las personas que padecían sobrepeso y obesidad. Aunado a esto se empezó a analizar que dicha característica corpórea tenía impacto en el ingreso familiar e institucional. No es de extrañar que se haya visto como una

amenaza a la salud, es una epidemia inadvertida, una plaga planetaria enmascarada. Lo cual explica que se señalen los riesgos que supone: la hipertensión es tres o cuatro veces más frecuente en personas obesas o con sobrepeso, la diabetes entre cuatro y nueve veces más frecuente, y se advierte una relación prácticamente directa entre la mortalidad y el índice de masa corporal. También se señalan los costes que supone: la persona obesa genera el doble de gasto sanitario que la persona normal, lo cual supone globalmente entre el 5.7 y el 7% de los costes de la sanidad (Vigarello, 2010:282).

La preocupación tiene por primera vez una implicación institucional. Hay denuncias tanto desde el individuo mismo que se van complejizando hasta llegar a las instituciones en salud y en la legislación. Por un lado existe un abanico de artículos de consumo que

ofrecen productos ricos en azúcares y calorías y por el otro una necesidad por parte de los órganos legislativos por aprobar una ley de prevención y lucha contra la obesidad. Para Vigarello, “el problema no son las consignas sino la aplicación” (Vigarello, 2010:283).

Tal como él lo menciona, el problema ha pasado de ser un problema “privado” (de identidad) a un problema social. De ahí que muchas veces se confundan las fronteras de aceptación corporal entre un cuerpo delgado y otro gordo o con mayor peso.

Ante este panorama se promueven e imponen nuevos comportamientos que buscan generar cambios en la vida cotidiana del individuo. No obstante no se considera que la obesidad no sólo es un problema alimentario sino es más complejo y muchas veces tiene bases de predisposición genética que impide llegar al establecimiento de un cuerpo esbelto. Esto sin lugar a dudas genera mayores crisis y decepciones a nivel individual. Por lo mismo es imposible hablar de un tratamiento que pueda garantizarle al individuo una mejoría corporal y de salud.

La peculiaridad de la modernidad consiste en que ahora el “cuerpo es el centro de la identidad. Es un desplazamiento importante, característico de las sociedades individualistas, donde el sujeto, que supuestamente solo depende de sí mismo, se identifica por completo con lo que expresa su presencia física, sus contornos, sus rasgos: el fundamento del yo se identifica con la expresión la sensibilidad” (Vigarello, 2010:292). De ahí la complejidad del estudio de la obesidad, no sólo se trata de cuestiones de aspecto, de indicadores en salud, de aspectos psicológicos, culturales entre otros. Se trata de un entramado histórico. Es un cuerpo que se encuentra atravesado y cargado de significados, diferenciaciones, modelos corporales y sistematización del mismo. La gordura va más allá de las imágenes y transformaciones, la gordura como tal debe de ser estudiada a partir del contexto histórico y de las necesidades del mismo.

Debido a que en este capítulo se realizó una revisión de la literatura existente respecto al sobrepeso y obesidad desde muy variados posicionamientos, considero pertinente incluir un cuadro comparativo sobre los principales postulados, definiciones y aportaciones de las mismas:

**Cuadro 2. Comparativo del estado de la cuestión del sobrepeso y obesidad**

Autor/Institución	Definición del sobrepeso/obesidad	Propuesta de abordaje
<p align="center">Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)</p>	<p>Enfermedad compleja y multifactorial que requiere un abordaje integral por parte del personal en salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabajar de acuerdo a grupos vulnerables (como niños y mujeres) y grupos de edad.</li> <li>2. Establecer estilos de vida saludables (alimentación sana, activación física y prácticas de autocuidado).</li> <li>3. Promover un uso efectivo del presupuesto destinado en atender enfermedades crónico-degenerativas.</li> </ol>
<p align="center">Organización Mundial de la Salud (OMS)</p>	<p>Se denomina sobrepeso a un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 25.</p> <p>Se define como obesidad a un IMC igual o superior a 30.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabajar con base en la Estrategia Mundial sobre Régimen alimentario, actividad física y salud para atender 4 objetivos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Disminuir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como consecuencia de una mala alimentación y falta de actividad física.</li> <li>b) Promover conciencia y conocimiento general de la alimentación saludable y activación física.</li> <li>c) Fomentar políticas y planes a nivel internacional, nacional y regional encaminados en mejorar la dieta y actividad física.</li> <li>d) Seguimiento científico</li> </ol> </li> <li>2. Con lo anterior se busca disminuir las cifras de incidencia y prevalencia del sobrepeso y obesidad a nivel mundial.</li> </ol>
<p align="center">Velázquez</p>	<p>El sobrepeso y obesidad son entendidos como un exceso anormal de grasa corporal que pone en riesgo la salud del individuo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El cuerpo humano es recuperado desde un posicionamiento biomédico.</li> <li>2. Se busca atender la fisiopatología de la obesidad a través de 5 niveles: Atómico, molecular, celular, hístico y corporal.</li> <li>3. Las técnicas médicas que recuperan diferentes instrumentos tecnológicos deben ayudar a entender cómo disminuir las zonas grasas del cuerpo.</li> </ol>
<p align="center">Gargallo, y Majarrez y Céliz</p>	<p>El sobrepeso y obesidad son enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida y conducen a una muerte prematura.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Su propuesta de abordaje se enfoca en intervenir a partir de la activación física.</li> <li>2. Se enfatiza la relación del sobrepeso y obesidad con la ingesta de alimentos con alto contenido energético.</li> <li>3. Se señala que la obesidad se relaciona y complejiza con alteraciones metabólicas que deben ser atendidas de manera puntual en la evaluación médica.</li> <li>4. Se propone implementar con personas que presenten sobrepeso y obesidad con una rutina de ejercicio.</li> <li>5. La atención del sujeto con sobrepeso y obesidad deberá incluir la intervención del médico, psicólogo y nutriólogo.</li> </ol>

Ranero y Salin	La obesidad es considerada como una enfermedad multifactorial que puede ser atendida a partir de atender trastornos del comportamiento.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabajar con base en un modelo de intervención terapéutico.</li> <li>2. Se requiere de atención psicológica desde la teoría cognitivo conductual para analizar comportamientos que deben modificarse.</li> <li>3. Esta terapia puede combinarse con el uso de fármacos.</li> <li>4. Es un trastorno difícil de detectar en consulta médica</li> <li>5. Puede estar vinculado con trastornos de ansiedad, o depresión.</li> </ol>
Secretaría de Salud (Norma Oficial 1998 y 2010)	Sobrepeso y obesidad como enfermedades crónico degenerativas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabajar al interior de la Secretaría de Salud con un equipo multidisciplinario que cuente con: médico general, psicólogo, nutrióloga y enfermera.</li> <li>2. Cada uno cumplirá funciones específicas <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Médico: Atención básica y de seguimiento</li> <li>b) Psicólogo: Orientador para modificar conductas del paciente.</li> <li>c) Enfermera: Dar seguimiento a los pacientes.</li> <li>d) Nutriólogo: Personal encargado de establecer estilos de vida más saludables enfocados en la dieta y ejercicio diario.</li> </ol> </li> <li>3. Cada profesionista contará con un equipo especializado para su intervención.</li> </ol>
Bertrán	Realiza un abordaje histórico de la obesidad. Es recuperada como una enfermedad que visualmente es fácil de distinguir a diferencia de otros padecimientos.  Esta enfermedad ha sido enunciada con la llegada de la modernidad y el discurso biomédico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La obesidad es padecimientos históricos.</li> <li>2. El cuerpo de estos sujetos ha entrado en el discurso biomédico con la llegada de la modernidad.</li> <li>3. Actualmente es una enfermedad fácilmente distinguible (mediante la vista).</li> <li>4. Esta enfermedad provoca actitudes de rechazo social y estigmatización.</li> <li>5. La responsabilidad de la salud ha quedado en manos del sujeto a través del autocuidado.</li> <li>6. El abordaje de este padecimiento representa un reto debido a que estamos en una sociedad obesófoba.</li> <li>7. Es una enfermedad estigmatizada que puede ser comparada con el caso de la lepra.</li> </ol>
Contreras	Señala a la obesidad como un factor de riesgo que debe ser atendido para disminuir la aparición de enfermedades asociadas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La salud, la belleza y la alimentación deben ser entendidas a partir del contexto occidental en el que estamos inmersos.</li> <li>2. A partir de éste se emiten valoraciones y significados específicos sobre la grasa corporal.</li> <li>3. Propone analizar la obesidad a partir del contexto social y cultural en el que estamos inmersos.</li> </ol>
Vigarello	Realiza una historia social de la metamorfosis de la grasa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se habla de la obesidad no como una enfermedad sino como una característica corporal que ha adquirido diferentes significados a lo largo de la historia del hombre.</li> <li>2. En las sociedades contemporáneas el sujeto es valorado a partir del IMC.</li> <li>3. De acuerdo al cuerpo es como se establecen estándares de belleza y aceptación social.</li> <li>4. Estos cuerpos representan un reto en el discurso biomédico debido a los costos que se destinan para su atención.</li> <li>5. La concepción del sujeto obeso se ha modificado en los últimos años, por lo que ha pasado a ser un problema</li> </ol>



		social. 6. El estudio del cuerpo debe de recuperar aspectos de todas las esferas de la realidad social con el objetivo de no reducir su abordaje.
--	--	--

## **CAPÍTULO 2**

### **El papel de México en materia de salud y la actual Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes**

A partir de una búsqueda bibliográfica, este capítulo se decidió articular bajo el eje central de la economía que se ha implementado en nuestro país desde finales del siglo XX.

En la bibliografía revisada para este capítulo se presentaron diversas dificultades. La principal de ellas fue el hecho de encontrar información muy diversa y fragmentada a partir del tópico bajo el cual se estaba hablando: políticas sociales, planes, estrategias en salud, estrategias políticas, entre otros.

Ante este reto, se decidió estructurar este capítulo de acuerdo a los acontecimientos más relevantes de los periodos presidenciales de finales de la década de los setenta hasta la actualidad.

De esta forma se busca dar continuidad al eje rector de la economía para así señalar los periodos de transición y reestructuración que se vinculan con el establecimiento de políticas focalizadas que atienden problemas puntuales de la población más pobre, generando de esta manera, una brecha diferencial aún más grande.

Por último se recuperan los puntos medulares de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes, lo anterior con el objetivo de presentar cómo el contexto económico tiene relación en el presupuesto y recorte que se destina anualmente al rubro de salud, principalmente en la atención de enfermedades crónico degenerativas.

## **1. Principales acontecimientos históricos de las décadas de los sesenta y setenta y la llegada de Luis Echeverría al poder Federal**

En la década de los años sesenta, México se caracterizó por contar con una economía más sólida de corte estabilizador, el Producto Interno Bruto (PIB) creció 7.1% (Cárdenas, 2012:256), permitiendo establecer acciones por parte del Estado de corte proteccionista. Dicho de otro modo, es en este periodo cuando surgen políticas (como en el caso concreto de la salud) que marcaron la pauta para consolidar dos de sus principales dependencias. Aquí la principal tarea del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), consistió en atender las necesidades de los trabajadores de la industria y del estado. Por tanto, dichas instituciones incrementaron su población derechohabiente de “4.8 millones en 1962 a 13.2 millones en 1971” (Cárdenas, 2012:257).

De igual forma las ciudades tomaron un nuevo rumbo como consecuencia del acelerado crecimiento y migración que surgió entre el campo y la urbe. Se estima que entre 1960 y 1970 la población creció en 3.5% y las ciudades concentraban al 48.6% de la población del país. (Cárdenas, 2012:256). Para el caso específico de la Ciudad de México, la población pasó de “5.2 millones de habitantes en 1960 a 8.9 millones en 1970, y Guadalajara y Monterrey registraron tasas de crecimiento similares” (Cárdenas, 2012:256). En dicho periodo los sectores urbanos demandaron mayor atención en servicios, por tanto, la industria eléctrica creció 14% anual como resultado de las nuevas ramas y subsectores que atendían a las ciudades. De igual forma los servicios públicos crecieron 8.5% en lo referente a educación y servicios médicos pasando de 6.9 millones en 1962 a 11.9 millones en 1971 (Kuntz, 2010).

La economía para la década de los años sesenta fue estable ya que la inflación se controló en 2.3% anual pese a los déficit fiscales que se venían arrastrando de los años cuarenta y cincuenta (Cárdenas, 2008). Los motivos por la cuales la economía logró dicha estabilidad se debe a dos razones:

- 1) El financiamiento que se otorgó al gobierno por parte del sistema financiero (que pasó del 12% en 1963 al 25% en 1970). Lo anterior permitió financiar el déficit público.
- 2) México no se vio inmerso en ninguna crisis externa, por tanto, la balanza de pagos no sufrió alteraciones como había sucedido en años anteriores de posguerra.

Con esto, fue surgiendo un nuevo tipo de apoyo por parte del gobierno hacia algunos sectores privados (como fue el caso de la Confederación de Cámaras Industriales (Concamin) y la Cámara Nacional de la Industria de Transformación (Canacintra) quienes presionaron para proteger sus aranceles mediante leyes y reglamentos que establecieran barreras a la inversión extranjera. Con esta política proteccionista se pudo observar la vinculación que existía entre funcionarios y líderes empresariales. No obstante poco a poco fueron surgiendo choques externos debido a los desequilibrios que generaban respecto a la población que enfrentaba mayores cifras de desempleo y aumento en los precios (como consecuencia de las devaluaciones).

Para este periodo el desarrollo del país estaba enfocado en el mercado interno, es decir, lo que estaba en juego era consolidar (de manera vertical), todas las actividades productivas. Con lo anterior, se generó una reducción del papel de México en la economía internacional, viéndose reflejado en el crecimiento del PIB que pasó del 5.15% en 1962 al 6.53% en 1968 (Márquez, 2010:553).

El gobierno de Echeverría (1970-1976) por tanto cuestionó el modelo económico estabilizador y optó por implementar políticas estatales que fueran capaces de responder principalmente a exigencias internacionales (dictadas en su mayoría por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional).

Durante su mandato, México transitó de una economía estable hacia un modelo debilitado.

Uno de los primeros problemas al interior de este sexenio fue la protección de los Sindicatos. En este periodo se vio como los sindicatos oficiales generaban altos costos

de producción, de igual forma provocaban incertidumbre ya que se encontraba latente la demanda por el aumento salarial. Con esto, muchas empresas se vieron vulnerables por lo que quedaron en manos del gobierno una vez que ya no fueron rentables. Por tales motivos se realizaron reformas a la Ley Federal del Trabajo en 1973 lo que generó un aumento en el emplazamiento a huelgas en las jurisdicciones locales y federales que llegaron en 1976 a más de 38,300 (Kuri, 2010:732).

Otra debilidad más que se presentó a lo largo de este periodo fue el deterioro del sector agropecuario, mismo que se venía arrastrando desde 1959. Durante el mandato de Echeverría, la inversión federal destinada a este sector disminuyó de manera significativa. Para 1971 se promulga la Ley de Reforma Agraria y para 1974 se elevó de Departamento a Secretaría de Estado. Con esto, la producción de cultivos (como maíz y trigo) necesitaron de subsidios debido a que su precio fue afectado en el mercado internacional generando un ambiente de inseguridad. Todo esto produjo grandes movilizaciones “por el reparto de tierras que se convirtió en un fenómeno nacional, que si bien no tuvo una clara articulación política, adquirió un tono amenazante para el control oficial del mundo rural” (Kuri, 2010:733).

Ante este panorama se suscitó una fuga de capitales en 1976 para proteger la riqueza de esas empresas ante la devaluación del peso frente al dólar. Para dicho periodo el peso pierde su tipo de cambio fijo para quedar en un precio de cambio de \$20. Con esta flotación la moneda se devaluó cerca del 25% por lo que el país entró en un periodo de crisis.

<b>Cuadro 3. Principales indicadores económicos por periodo presidencial (1964-1976)</b>					
Presidente	Sexenio	Inflación	Precio del dólar	Devaluación (%)	Salario mínimo al final del sexenio
Gustavo Díaz Ordaz	1964-1970	16.67%	\$ 12.50	-	\$32.00
Luis Echeverría Álvarez	1970-1976	126.06%	\$15.36	22.88%	\$120.00

Fuente: Economía En línea en: [http://www.economia.com.mx/inflacion\\_y\\_devaluacion.htm](http://www.economia.com.mx/inflacion_y_devaluacion.htm) Consultado el

22 de Abril del 2015.

Esto generó que surgieran movilizaciones (principalmente del campo), que fueron controladas con represión política y militar hacia cualquier movimiento de oposición. No obstante para el final de su gobierno se había incrementado la deuda externa y el gasto público. De igual forma, para 1976 se recurrió a un préstamo por parte del Fondo Monetario Internacional (FMI) como un mecanismo para minimizar la crisis económica (Lustig, 1994).

Finalmente en el periodo de Luis Echeverría se lanzó en 1972 la iniciativa para fundamentar el nuevo plan de salud para el país. Un año más tarde surge la primera convención nacional de salud donde se buscó atender principalmente el problema de la desnutrición. Con esto, se busca mayor accesibilidad de alimentos nutritivos para los sectores más rezagados de la población. Lo anterior sentaría las bases para incorporar mayores productos que se vincularían al sobrepeso y obesidad.

Asimismo, en este periodo el descenso de la mortalidad empieza a reflejar avances en políticas públicas. La esperanza de vida al nacer para la década de 1970 es 58.8 años para los hombres y 63 años para las mujeres (INEGI, 2000:155).

Aunado a esto las principales causas de mortalidad para esta década podría resumirse en el siguiente cuadro:

<b>Cuadro 4. Porcentaje de las principales causas de mortalidad general en 1970</b>	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	23.1%
Enfermedades del aparato circulatorio	10.5%
Enfermedades del aparato respiratorio	21.8%
Enfermedades del aparato digestivo	5.6%
Tumores	4%
Accidentes y violencias	7.2%
Otras causas	27.8%
Población total para 1970	48,225 millones de habitantes

Basado en: INEGI, (2000). Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000) p. 158. En línea: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf) Consultado el 21 de Noviembre de 2005.

## 2. José López Portillo (1976-1982)

En esta coyuntura toma posesión de la presidencia José López Portillo. Dentro de las primeras acciones que debía considerar y buscar estaban las estrategias para afrontar los problemas de la administración anterior. Este gobierno entraba al poder justo en el momento más crítico de la devaluación del peso. De igual forma, se había establecido con la administración precedente un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional en donde se establecían los puntos en donde era necesario reducir el gasto público y restringir los salarios.

En su discurso inaugural buscó la manera de reconciliar dicho panorama de incertidumbre, no obstante, el PIB para 1977 solo creció “3.4%, casi al mismo ritmo que la población” (Cárdenas, 2012:266).

Su proyecto de Gobierno fue dividido principalmente en 3 partes: 1) los dos primeros años intentó recuperar el control del país como consecuencia de la problemática económica que se estaba viviendo. 2) Se buscaría consolidar las acciones y 3) En años posteriores señaló que buscaba fortalecer al país a través de políticas económicas y públicas. Tal como lo señaló en su discurso de toma de posesión:

*Comprenderá tres etapas de dos años cada una: recuperación, consolidación y crecimiento acelerado. “Lo primero es calmar el movimiento nervioso, lleno de pánico. De éste sí hay que temer, rechacémoslo. Hagamos una tregua inteligente para recuperar serenidad y no perder rumbo. Tregua que no sea renuncia o claudicación sino oportunidad de reencuentro y reconciliación”. Propone la Alianza para la Producción, para “ofrecer a todos alternativas viables que permitan conciliar los objetivos nacionales de desarrollo y justicia social con las demandas específicas de los diversos factores de la economía (Carmona, 2015).*

Pese a las vicisitudes, en 1978 se descubrió un gran yacimiento de petróleo en Campeche, Chiapas y Tabasco. Con esto, se tomaron medidas para “administrar la abundancia” (Lustig, 1994:48). No obstante en las siguientes administraciones se pudo observar que las medidas adoptadas por López Portillo dejaron al país más vulnerable ya que cuando los precios del petróleo cayeron a nivel mundial, México entró a una de las crisis económicas más grandes de toda su historia dando paso al desempleo en aumento, tensiones, problemas sociales y políticos.

Entre 1977 y 1981 el PIB creció 7.8% mientras que la inflación estaba en 24%. En ese mismo periodo la agricultura se vio fuertemente afectada debido a la aparición del Sistema Alimentario Mexicano en el que se revirtió la “tendencia de descapitalización del campo, la infraestructura básica en comunicaciones y energía y el sector petrolero y todos los aledaños que requerían una enorme inversión para su desarrollo” (Cárdenas, 2012:267). Por tanto el gobierno lanzó el Plan Nacional de Desarrollo Industrial que busco impulsar al país a una nueva etapa de crecimiento de la industria pesada, no obstante, fue imposible sostenerse a largo plazo.

Una debilidad más del gobierno radicó en que se enfocó principalmente en la explotación de hidrocarburos tras el descubrimiento de los yacimientos en el sureste. No obstante, las crisis económicas provocaron que se devaluara el peso en 400%. En su último informe de gobierno, señaló que esta crisis en parte había sido propiciada por una mala administración bancaria que no había tomado medidas necesarias para evitar dicho colapso (Presidentes, 2015).

<b>Cuadro 5. Indicadores económicos durante el sexenio de López Portillo</b>					
Presidente	Sexenio	Inflación	Precio del dólar	Devaluación (%)	Salario mínimo al final del sexenio
José López Portillo	1976-1982	417.69%	\$148.50	866.80%	\$680.00

Fuente: Economía En línea: [http://www.economia.com.mx/inflacion\\_y\\_devaluacion.htm](http://www.economia.com.mx/inflacion_y_devaluacion.htm) Consultado el 22 de Abril del 2015.

Como una medida implementada ante las exigencias de la población, creó el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, no obstante contó con poco presupuesto y no logró abarcar los objetivos que se habían planteado.

Los problemas que surgieron del sector público llegaron a afectar también al privado, por tanto en este periodo:

La deuda de la banca y del sector privado creció mucho más rápidamente que la del sector público, a una tasa promedio anual del 35%, para llegar a un saldo en 1980 de casi 17 000 millones de dólares. Pero para el año siguiente debido a la fuga de capitales y por haber mantenido una política



económica expansionista durante 1981, el gobierno se endeudó en casi 20 000 millones de dólares (un aumento de 56% en un solo año) (Cárdenas, 2012:268).

Para finales de su mandato era imposible mantener una alta tasa de crecimiento con la estructura económica vigente. El 1° de Septiembre de 1982 se adoptó el control de cambios por lo que se nacionalizó la banca mexicana, acto que indignó al sector financiero tanto al interior del país como en el exterior. El cierre de sexenio se caracterizó por grandes devaluaciones del peso, crisis en los mercados financieros y una desaceleración de la actividad económica (Lustig, 1994). Ante este panorama su sucesor Miguel de la Madrid, tuvo que implementar nuevas medidas en materia económica para afrontar una crisis aún más fuerte.

Para finales de este sexenio la población contaba con una esperanza de vida de 58.8 años para hombres y 63.0 para mujeres. De igual forma este periodo marca la pauta para establecer una serie de reforma en materia de salud. En 1981 surge la Coordinación de los servicios de Salud de la Presidencia de la República cuyo principal objetivo era “determinar los elementos normativos, técnicos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud, a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población” (Soberón, 1996:372).

Dicha propuesta fue presentada en octubre de 1982 en el libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud* que sería aplicado en el periodo de Miguel de la Madrid.

Finalmente la salud de la población al cierre de este periodo presidencial puede resumirse en el siguiente cuadro:

<b>Cuadro 6. Porcentaje de las principales causas de mortalidad general en 1980</b>	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	13.7%
Enfermedades del aparato circulatorio	16.4%
Enfermedades del aparato respiratorio	13.5%
Enfermedades del aparato digestivo	7.1%
Tumores	6.5%
Accidentes y violencias	15.5%
Otras causas	27.3%

Población total para 1980	70,35 millones de habitantes
---------------------------	------------------------------

Basado en: INEGI, (2000). Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000) p. 158. En línea: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf) Consultado el 21 de Noviembre de 2005.

### 3. Miguel de la Madrid ( 1982-1988)

Miguel de la Madrid toma posesión de la presidencia en medio de la peor crisis económica que se ha presentado en el país. La inflación llegaba casi al 100% y si la tendencia económica continuaba de esta manera, la situación podría convertirse en hiperinflación. El déficit del sector público se encontraba en 17.6% del PIB (Cárdenas, 2010). Aunado a esta crisis, la polarización social era cada vez más marcada ya que los empresarios reclamaban al gobierno la nacionalización de la banca, acción que apuntaba al desplazamiento del sector privado en la economía.

La nacionalización de la banca trajo durante este gobierno 3 principales problemas:

La primera, la reducción en el poder de compra de los ahorradores, de los cuales los sectores medios y populares fueron los más afectados como consecuencia de la devaluación de la moneda y de una creciente inflación. La segunda, una reducción en la liquidez de las empresas que tenían deudas con el exterior o que requerían la compra de materias primas o refacciones del extranjero para operar lo que amenazaba con una ola de quiebras. La tercera, la incertidumbre sobre el verdadero precio de los bienes, que desató una inflación inercial, es decir, que la incertidumbre misma generaba más inflación. (De la Madrid, 2013).

Todas estas acciones hicieron que su gobierno fuera conocido por implementar medidas enfocadas a realizar un “cambio estructural” que se caracterizó por “la adopción del modelo neoliberal por parte del Estado Mexicano”. (Tamez, 2011:2). Dichas medidas se implementaron en los primeros dos años de su gobierno “y adquirió preeminencia recién en 1985, tras el fracaso del primer intento de estabilización, cuando se introdujeron las primeras medidas importantes de liberalización comercial” (Lustig, 1994:59-60).

Por tanto, se pueden sintetizar las acciones de su gobierno en dos grandes ejes: metas a corto y mediano plazo. Dentro de las que debía considerar de manera inmediata se

encontraba la necesidad de superar y restablecer el crecimiento económico como consecuencia de la inflación que se venía arrastrando de años atrás. A mediano plazo consideró que era necesario fomentar la competitividad externa de la economía.

No obstante su gobierno no tuvo credibilidad en el sector privado, en su lugar se desató una confrontación que no pudo restablecerla. Para diciembre de 1982, de la Madrid anunció su primer paquete de estabilización conocido como el Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) que contó con el apoyo del FMI. En dicho programa se proponían dos etapas: “un tratamiento de choque seguido de políticas graduales” (Lustig, 1994:60). Este programa fue implementado debido a que su equipo consideró que se podría restablecer la economía del país si se reducían drásticamente el déficit fiscal. Por tanto la austeridad fiscal fue implementada de manera tajante viéndose reflejada en los ajustes salariales, recaudación de impuestos, reducción del gasto público, entre otras medidas que no dieron los resultados esperados.

Aunado a esto, entre 1983 y 1985 los pagos de los préstamos a corto plazo se acumularon por lo que fue necesario recurrir a negociaciones. Para 1983 el pago de intereses ascendía a “10,700 millones de dólares por año” (Lustig, 1994:63).

Para 1984 hubo una recuperación económica moderada que continuó hasta mediados de 1985, año en el que surgió uno de los peores temblores en el país. Ante esta crisis el gobierno no tuvo capacidad de maniobra. La demanda social era más fuerte por lo que surgieron acciones vecinales masivas que protestaron ante la debilidad gubernamental.

De igual forma el gobierno de Miguel de la Madrid tuvo que atender otro problema que eran las actividades del narcotráfico provenientes de Centroamérica ya que entre 1980 y 1990 este negocio se extendió sin precedentes. En 1984 se llevó a cabo un acuerdo y firma del “Grupo de los seis” en donde se comprometían países como México, Argentina, India, Grecia, Suecia y Tanzania a buscar estrategias para poner fin a la carrera armamentista que se había generado en los últimos años a nivel mundial, misma que se evidenciaba con la ola de violencia.

Para 1986 se realizó un acuerdo más con la comunidad internacional conocido como el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT). Dicho acuerdo se da en un contexto “de prosperidad de la economía norteamericana, la industria maquiladora (...) y el auge con las empresas automotrices que abrieron nuevas plantas en Aguascalientes, Sonora, Chihuahua y Coahuila” (Aboites, 2010:294). Este acuerdo generó que muchas de las fábricas en la Ciudad de México cerraran o se trasladaran a otros lugares. Para 1987 la inflación se encontraba casi al 160% por lo que fue anunciado un Pacto de Solidaridad Económica (PASE) que “tenía como meta reducir la inflación al 2% mensual al finalizar el año siguiente” (Lustig, 1994:81). No obstante, la situación económica sólo mejoró un poco y se controló la inflación pese a que el PIB crecía lentamente.

En este periodo de igual forma surgieron cambios considerables en el sector salud. Con la llegada de Miguel de la Madrid, inicia la estrategia de descentralización de los servicios de salud. Ésta, al igual que las modificaciones económicas y políticas anteriormente mencionadas, son resultados de un trabajo coordinado para descentralizar la vida nacional.

En el sector salud el reto consistía en romper con la centralización, ésta se había convertido en una limitante para la realización del proyecto nacional, por lo mismo, con la descentralización en éste periodo sexenal es definida como una “transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (estado, municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política, y no se halla bajo el control jerárquico del transmisor (...) En el campo de la salud, la descentralización vincula las acciones públicas que lleva a cabo la autoridad local. El cuidado de la salud, concebido como atención médica y salud pública, requiere que se vinculen otras acciones que inciden en la salud, manejadas fundamentalmente por los gobiernos de los estados: dotación de agua potable y alcantarillado, apoyos a la alimentación y cuidado ecológico” (Soberón, 1966:372-373).

De manera conjunta se modifica en febrero de 1983 el artículo 4º de la Constitución en donde se “eleva el derecho a la protección de la salud a rango constitucional” Tamez,

2011:4). Con esto, entra en vigor en 1984 la Ley General de Salud donde se actúa de acuerdo a los lineamientos de la descentralización y a su vez, se precisan las autoridades sanitarias (estatales y municipales) que estarían a cargo. De igual forma se puntualizan las instituciones públicas que debían proporcionar servicios.

En marzo de 1984 se determinó la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud y del IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales. Con lo anterior, se puntualiza que la descentralización consiste en ser un proceso gradual que “busca evitar deterioros en la operación de los servicios de salud; se implica la evaluación de las acciones y se indica la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, para dar efectividad a la nueva garantía constitucional” (Soberón, 1996:374).

Ese mismo año la Secretaría formalizó convenios con los 31 gobiernos de los estados de la República y comenzaron los acuerdos y firmas para implementar este programa en el Distrito Federal. Por tanto, la descentralización buscó “un mejor balance entre la aportación estatal y la federal aspirando a una proporción del 40 al 60% respectivamente. Antes esta proporción oscilaba entre 5/95 y 15/85% (Soberón, 1996:375).

La cobertura en salud entre 1982 y 1990 por parte del IMSS “descendió de 52.1% a 46.7%. La cobertura por parte del ISSSTE se mantuvo constante de 10.6% a 10.0% Por su parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia elevó su cobertura de 22.3 a 28.8% (Tamez, 2011:5). Para 1985 la Secretaría de Salud había descentralizado bajo este esquema a 14 entidades federativas.

La descentralización en el sector salud presentó principalmente los siguientes problemas:

- La cobertura en salud de los mexicanos se dividió principalmente en dos bloques: a) los beneficiarios de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA) y b) la población abierta que no cuenta con los servicios antes mencionados (SSA, Departamento del Distrito Federal y algunos servicios estatales y municipales).
- Se establecieron diferentes regímenes laborales.

- Hubo resistencia en transferir y aceptar responsabilidades por parte de los que habían sido dependientes (tanto por parte de las instituciones como de personas).
- Limitación económica debido a que algunos estados tuvieron que invertir más recursos para fortalecer los servicios de salud.
- El personal que laboraba en el IMSS-COPLAMAR efectuó diversas manifestaciones en contra de la transferencia de los servicios en salud a los estados.
- La designación de los titulares de los Servicios Estatales de Salud (SES) fueron efectuados por parte de los gobiernos estatales mas no por pericia y capacidades profesionales.
- La infraestructura en estados y municipios era incipiente, desigual y con diversos problemas que debían resolver con el presupuesto otorgado.

Aunado a esto, la salud de la población de México para el sexenio de Miguel de la Madrid puede resumirse en el siguiente cuadro:

<b>Cuadro 7. Porcentaje de las principales causas de mortalidad general en 1985</b>	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	11.4%
Enfermedades del aparato circulatorio	18.1%
Enfermedades del aparato respiratorio	11.9%
Enfermedades del aparato digestivo	8.1%
Tumores	8.8%
Accidentes y violencias	15.5%
Otras causas	26.2%
Población total para 1985	77,86 millones de habitantes

Basado en: INEGI, (2000). Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000) p. 158. En línea: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf) Consultado el 21 de Noviembre de 2005.

#### **4. Salinas de Gortari (1988-1994)**

Al llegar a la presidencia Salinas de Gortari, el país se encontraba ante una caída sin precedentes en los niveles de vida. Gran parte de la población se encontraba en condiciones de precariedad como consecuencia del cambio económico. Al iniciar este periodo, la incidencia de la pobreza era más alta y había que atender a las continuas demandas en lo referente a educación y salud. De acuerdo con la Encuesta de Ingreso y Gasto de 1987, “casi 41% de las familias encuestadas tenían ingresos totales por debajo del salario mínimo prevaleciente (igual a 120 dólares mensuales) (Lustig, 1994:101).

El gobierno de Salinas tomó un nuevo rumbo enfocado en “impulsar la liberación económica” (Tamez, 2011). Con esto se buscó racionalizar puntos medulares de la economía con el fin de disminuir gastos e ingresos públicos para frenar el déficit público mientras el PIB se recuperaba. Dentro de los principios económicos que se implementaron en el gobierno de Salinas, se encuentra la recuperación de los acuerdos del Decálogo del Consenso de Washington que incluían puntos como: “disciplina fiscal, reorientación del gasto público hacia áreas de alto rendimiento económico y potencial para mejorar la distribución del ingreso, reforma fiscal, liberalización de las tasas de interés, tipo de cambio competitivo, liberalización comercial, apertura a la inversión extranjera directa, privatización, desregulación y garantías a los derechos de propiedad” (Tamez, 2011:14).

De igual forma, para principios de 1989 se modificó la estructura arancelaria para reducir la dispersión y aumentar la recaudación fiscal. Con esto se fueron eliminando los permisos previos de importaciones, sobre todo los referentes al transporte y agricultura.

En el caso específico del campo, entre 1991 y 1992 se efectuaron reformas constitucionales al artículo 27 lo que implicó el fin del reparto agrario. Esto provocó más crisis agrícolas ya que persistía una baja productividad como resultado de la tenencia de la tierra. Con esta modificación constitucional, se dio paso a eliminar restricciones en el campo ya que por primera vez en la historia del país fue posible vender terrenos ejidales.

Para 1993 se crea el Programa Procampo para financiar a los agricultores y dos años más tarde se daría paso a la Alianza para el Campo que buscaba reducir los efectos negativos resultado de esta apertura comercial. La liberalización había traído problemas al interior del sector rural ya que los cultivos básicos se encontraban en riesgo debido a la sustitución de productos provenientes del extranjero.

Para 1994 entra en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) que vinculaba a Estados Unidos, México y Canadá. Dicho acuerdo apoyó “la entrada del capital foráneo a sectores que hasta entonces habían estado reservados, parcial o totalmente, a inversionistas nacionales” (Márquez, 2010:757).

Si bien esta liberalización se pensó en un principio como un detonante para nuevas crisis financieras, no se presentaron igual de fuertes como en sexenios anteriores.

Estos acuerdos de libre comercio también generaron la implementación de nuevos programas como el Nacional de Solidaridad cuyo objetivo principal se enfocó en atender demandas de los sectores más pobres de la población mediante “la construcción de caminos y drenaje, becas escolares y servicios médicos” (Márquez, 2010:758). De igual forma otras políticas implementadas dentro de su gobierno fue la reprivatización de la banca que fue entregada a banqueros extranjeros. Finalmente Teléfonos de México quedó a expensas de una subasta pública dejando como beneficiario a Carlos Slim.

Un objetivo más que se planteó con la liberación comercial fue la necesidad de estimular exportaciones no petroleras. Con esto se propuso frenar la inflación, por lo que durante este sexenio las exportaciones no petroleras crecieron rápidamente llegando a los “16,000 millones de barriles en 1990” (Lustig, 1994:164). Algunos de los sectores más beneficiados fueron el manufacturero y el automotriz ya que abrieron la puerta para que se implementaran programas industriales que eran apoyados por una distribución internacional.

No obstante para 1994, poco antes de efectuarse la siguiente elección presidencial, suceden varios disturbios sociales.



El neoliberalismo representaba un desafío ya que beneficiaba a unos cuantos mientras ellos seguían en desventaja. El 26 de Enero se firma el Acuerdo por la Paz y la Democracia como resultado de las diversas movilizaciones sociales que se vivían en el país.

Otro problema más que se vivió en el gobierno de Salinas fue el asesinato del candidato priista Luis Donaldo Colosio en Marzo de 1994. Justo cuando estaba realizando un discurso en Tijuana, fue asesinado provocando mayor inestabilidad frente al cambio político que se había implementado.

El tercer problema que se presentó en 1994 fue la súbita devaluación del peso (casi en un 100%) generando aumento en las tasas de desempleo y rezago en los salarios. Ante este panorama las tasas de interés se dispararon por lo que muchas personas no pudieron pagar los créditos contraídos (Aboites, 2010).

En este contexto la salud de la población mexicana de igual forma se vio repercutida debido a que en este sexenio se actuó con base en las tesis neoliberales centradas en el mercado como organizador de la vida social y económica. Por tanto justo en este periodo se actúa de acuerdo a políticas sociales asistencialistas que se enfocaban en establecer programas focalizados en la población más pobre.

En la salud:

Se refuerza la atención masificada y barata dirigida a los grupos marginados rurales y urbanos, que no garantiza sino parte de los servicios de primer nivel de atención. (...) El énfasis sobre el autocuidado, la responsabilidad individual en la generación de la enfermedad y los programas para el fomento de la cultura en salud, orientados hacia los grupos más vulnerables que carecen de otras opciones de atención, caracterizan al Programa Nacional de Salud 1990-1994 (...) La focalización de los recursos y las acciones con un discurso sobre los beneficios de la aplicación selectiva del gasto social en momentos de crisis económica y de recursos financieros escasos (...) permite mantener el acceso de los grupos más vulnerables a ciertos beneficios básicos, a través de la jerarquización de las zonas marginadas y de la correcta selección de los beneficiarios (López, 2001:48).

Aunado a esto, en este periodo se establece la apertura económica a los seguros médicos de prepago “Por otra parte, el crecimiento de un complejo médico industrial, basado en

alta tecnología, las redes de servicios, y el consumo de productos farmacéuticos, se vio favorecido a través de los incentivos económicos y jurídicos” (Tamez, 2011:7).

De tal forma que el estado de salud de la población en México para el periodo de Salinas, puede resumirse en el siguiente cuadro:

<b>Cuadro 8. Polarización de la mortalidad según índice de marginación</b>	
Causa de muerte	Tasa Nacional de mortalidad por causa específica
Enfermedades del corazón	69.4
Tumores malignos	52.6
Diabetes mellitus	36.4
Accidentes	38.8
Enfermedad cerebrovascular	25.5
Cirrosis hepática	23.2
Afecciones perinatales	22.4
Neumonía e influenza	20.8
Infecciones intestinales	14.9
Deficiencias nutricionales	12.3
Población total para 1990	81,249 millones de habitantes

Basado en: López, (2001). La polarización de la política de salud en México, p. 45. En línea: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4059.PDF> Consultado el 18 de Noviembre de 2005.

Aunado a esto se creó el 1º de Mayo de 1992 el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) afectando el sistema de jubilación ya que se pasó de fondos colectivos a fondos individuales. Dicho de otra forma, se transfirieron los recursos del sector público a la banca privada.

## **5. Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000)**

Los años de 1994 y 1995 serían característicos por presentar una nueva crisis económica como consecuencia de la “liberalización financiera y la reprivatización bancaria, así como en la política macroeconómica caracterizada por la lucha a ultranza contra la inflación y el deterioro de la balanza de pagos” (Cárdenas, 2012:289).

A su vez, se presentó un problema en torno a los créditos sobre los bienes durables que habían incrementado hasta en 25% entre 1988 y 1994. El principal problema consistió en que la Comisión Nacional Bancaria y de Valores no tenía la capacidad necesaria de supervisión debido a que justo en el periodo de transición de reprivatización de la banca, no fue posible realizar un análisis de proyección de quiebra. Asimismo el Fondo Bancario de Protección al Ahorro (FOBAPROA) contaba con recursos muy limitados para afrontar este problema lo que generó que los bancos otorgaran cada vez menos créditos. Cabe señalar que el FOBAPROA había empezado como un programa para rescatar al sistema bancario, por lo mismo, su objetivo principal radicaba en que ningún depositante perdiera su dinero pero ante la crisis, el programa no cumplió con tales expectativas.

Aunado a esto, el sexenio de Zedillo es recordado por incrementar la deuda interna, misma que ocurrió poco antes del primer año de su gobierno. Fue en Diciembre de 1994 cuando surgió “una súbita devaluación el peso casi 100%” (Aboites, 2010:298). Y en años subsecuentes el desempleo aumentó de manera indiscriminada, los salarios se rezagaron y las tasas de interés se dispararon. De igual forma el número de deudores aumentó pero era prácticamente imposible pagar los créditos contraídos debido a la crisis que se vivía en todo el país.

1995 sería un año decisivo para establecer criterios generales de política económica y de salud. En relación al primero de ellos las medidas de liberalización económica generaron una devaluación para el 21 de diciembre generando una flotación del peso. Con esto, Zedillo tuvo que responder como una serie de “medidas contraccionistas (reducción del gasto, aumento de los impuestos como el IVA y elevación de las tasas de interés) y diversas medidas para sortear la inevitable crisis del sistema financiero. Para enfrentar la inminente necesidad de pagar créditos en dólares de los bancos y cubrir las obligaciones de los Tesbonos en dólares, México requirió apoyo urgente” (Cárdenas, 2012:293). Para 1995 el PIB “se contrajo 6.2% pero el sector de la construcción cayó 23.3%. (...) La inflación pasó de 8% a fines de 1994 a 52% a fines de 1995” (Cárdenas, 2012: 294).

En el caso concreto de la salud, el sexenio de Zedillo se caracterizaría por continuar con la reorganización de los servicios de salud de manera descentralizada. Dentro de sus principales acciones se encuentran las modificaciones a la Ley del Seguro Social (IMSS) en 1997 donde “se elimina el papel del IMSS como responsable único de la administración de fondos y pagador de las pensiones, al asignar estas tareas a las Administradoras de Fondos de Retiro (Afores) y a las aseguradoras, legaliza la administración y el control privado sobre los fondos de pensiones y sienta las bases para la transferencia masiva de fondos del sector público al privado, el fortalecimiento de los grupos financieros y la mercantilización del sistema de Pensiones (López, 2001:48).

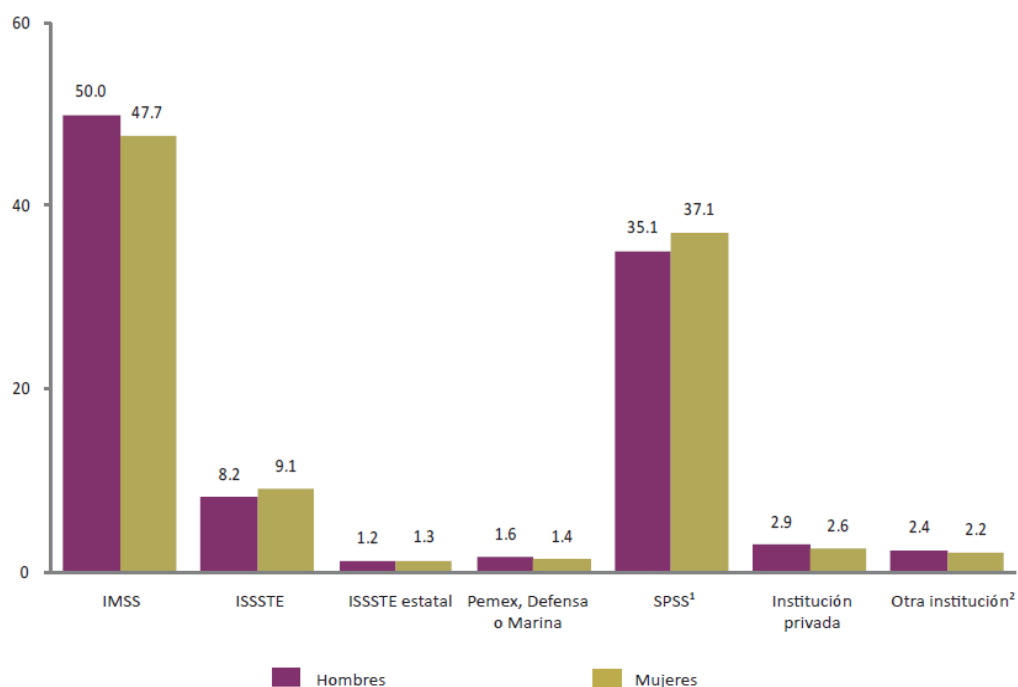
En este periodo se pasa de acciones públicas, solidarias e integrales de la seguridad social por las de corte individual de corte privatizado. Por lo mismo “los seguros privados de gastos médicos mayores crecen de manera sostenida, representando para 1995 el 8% del total de ventas de las compañías aseguradoras, con un total de 1.67 millones de asegurados. En igual forma, aumenta la proporción de los servicios médicos privados en el producto interno bruto (López, 2001:49).

Por tanto, en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se propone continuar con la descentralización implementando un paquete de servicios básicos enfocando las tareas en 13 acciones constitutivas que son:

saneamiento básico a nivel familiar; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal del parto y puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, prevención y control del cáncer cervicouterino (López, 2001:49).

Por tanto, la cobertura en salud para inicios del 2000 se encontraba de la siguiente forma:

**Gráfica 4. Distribución porcentual de la población derechohabiente a servicios de salud por sexo según institución 2000**



Fuente: INMUJERES, (2010). Población derechohabiente, México, p. 91. En línea: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/89.pdf> Consultado el 20 de Noviembre de 2015.

En este paquete básico de servicios en salud implementado desde 1996 se “estratificaba a la población en tres grupos: los que tenían seguro privado, incluyendo nuevas formas de planes de seguros; los que la tenían seguridad social extendida y aquellos con acceso en los estados a los sistemas públicos de atención a la salud que incluían servicios de la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad (Tamez, 2011:7-8). De esta manera el nuevo Sistema de Salud había adquirido un papel de regulador de normas.

Poco antes de terminar este sexenio, la población de México llegaba a los 97.5 millones de habitantes por lo que ocupaba el 11º lugar de los países más poblados a nivel mundial. Si bien la esperanza de vida había alcanzado los 75 años y la natalidad y mortalidad infantil se había reducido de manera significativa, era más marcada desigualdad social ya que

se había acrecentado, favoreciendo al estrato social más rico. Como contraparte, poco más de la mitad, según las cuentas del gobierno, o casi dos tercios de la población, según algunos académicos, podía considerarse pobre. La geografía mostraba un gran contraste entre áreas ricas

como el Distrito Federal, el Occidente y el Norte, y las áreas pobres, cada vez más pobres, del sur (Guerrero, Oaxaca, Chiapas) (Aboites, 2010:301).

## **6. Del año 2000 a la actualidad**

En los siguientes periodos presidenciales de Vicente Fox, Felipe Calderón y Enrique Peña se establecieron de igual forma diversos cambios estructurales referentes a las políticas públicas. La economía de estos sexenios se ha caracterizado por una desaceleración económica a nivel internacional que ha afectado sin lugar a dudas al país.

Para el año 2001 la economía de México (como del resto del mundo), se vio resentido por los ataques a las torres gemelas el 11 de Septiembre. Con esto, se generó un fuerte estancamiento de las exportaciones mexicanas a Estados Unidos por lo que la economía sólo creció 0.6% en promedio anual en 2001-200 (Cárdenas, 2012:298).

De igual forma los sectores de transportes y telecomunicaciones se vieron afectados pese a que el gobierno de Fox había anunciado que promovería una mejor y mayor tecnología para ser más competitivos. Estos sectores crecieron 3.5% anualmente.

Dentro de los primeros años del mandato de Fox se propone y presenta una reforma fiscal que simplificaría las tasas y extensiones, con esto, se privilegiaría los impuestos al consumo y se establecerían estímulos para que se abriera paso a la inversión extranjera. Para Fox, “la reforma fiscal se convierte en pieza clave en su proyecto económico” (Ornelas, 2001:115) ya que se trata de disminuir el impuesto a los sectores de mayores ingresos. A su vez, esta reforma propone gravar el consumo, “es decir, homologar la tasa del IVA a 15 por ciento, es decir, quitar la tasa cero a los alimentos y medicinas, libros, estancias hospitalarias, etcétera. Con esta medida el programa foxista considera posible incrementar el ahorro interno del sector privado de un 22 por ciento del PIB al 25 por ciento hacia el tercer año de gobierno (Ornelas, 2001:116).

Y debido a que en su gobierno se había comprometido en atraer la inversión extranjera, en su sexenio se realizaron tres acciones que afectarían sin duda la economía del país

debido a que se agudizarían las diferencias económicas entre la población. Dichas acciones fueron:

1. Establecer reglas de competencia clara y transparente en los mercados de la economía mexicana.
2. Ofrecer garantías jurídicas con leyes modernas y adaptadas a la nueva inserción de México en el mundo.
3. Apertura a alianzas estratégicas de las empresas paraestatales (Ornelas, 2001:117).

Con lo anterior es posible distinguir cómo se estaban eliminando las restricciones a la inversión extranjera mientras se apoyaba regular sus actividades. Algunos de los impuestos aprobados en su gobierno como resultado de la reforma fiscal fueron: ley de impuesto sobre la renta, ley de impuesto empresarial a tasa única, impuesto especial sobre producción y servicios, ley de impuestos al valor agregado y ley de impuestos a los depósitos en efectivo.

Entre el 2008 y 2009 se veía de mejor forma el impacto negativo de la economía mexicana debido a una nueva crisis que se vivía en todo el país y gran parte del mundo. La inflación para estos años se mantuvo en 4% anual. De igual forma uno de los sectores más afectados fue el inmobiliario lo que generó que en México se redujeran gravemente las exportaciones ligadas al sector industrial. “La economía se contrajo 6.5% en 2009, sobre todo durante el primer semestre y comenzó su recuperación en la segunda mitad del año. (...) La volatilidad internacional afectó al país, pero en mucha menor proporción de lo que repercutió en varios países europeos y en Estados Unidos” (Cárdenas, 2012:300).

Cuando Felipe Calderón entró a la presidencia, señaló que su gobierno buscaría atender los siguientes puntos:

- Empleo
- Educación
- Fuerzas armadas

No obstante cabe señalar que cuando asumió la presidencia “la agenda de reformas estaba claramente delimitada. Por un lado, se había instaurado una economía de mercado con una menor participación del Estado (...) Por otro lado, era necesario atender una serie de aspectos institucionales que no estaban permitiendo un eficaz funcionamiento de la democracia” (Escamilla, 2010:245).

Dentro de los temas prioritarios de su agenda se encontró la Reforma del Estado, misma que contempló puntos como:

- 1) Fiscal y tributario
- 2) Energía y electricidad
- 3) Proceso Electoral
- 4) Laboral y sindical
- 5) Seguridad social y pensiones
- 6) Régimen de telecomunicaciones
- 7) Seguridad pública
- 8) Procuración e impartición de justicia
- 9) Derechos humanos
- 10) Transparencia y rendición de cuentas

La primera reforma que se hizo bajo su mandato y que afectó de manera significativa a la población de México fue la reforma a la seguridad social. Si bien en el gobierno de Vicente Fox se había empezado a construir el Seguro Popular y modificaciones fiscales en el ISSSTE, este gobierno buscaba ampliarlo. Dentro de las primeras reformas se encuentran:

- La edad de retiro pasará de 48 a 58 años en mujeres y de 50 a 56 años en hombres.
- La pensión garantizada pasa de uno a dos salarios mínimos.
- El Estado aumentará de 19.75 a 25.14 por ciento sus aportaciones obligatorias.
- El Estado aportará 5.5 del salario para el fondo de pensiones.
- Se integrarán al ISSSTE trescientos mil trabajadores que estaban por contrato.
- Se aportarán ocho mil millones de pesos para servicios médicos (Escamilla, 2010:247).

Para el caso concreto del ISSSTE, las modificaciones para el retiro entró en vigor en marzo del 2007 y trajo consigo dos formas de retiro: cuenta individual y por el décimo

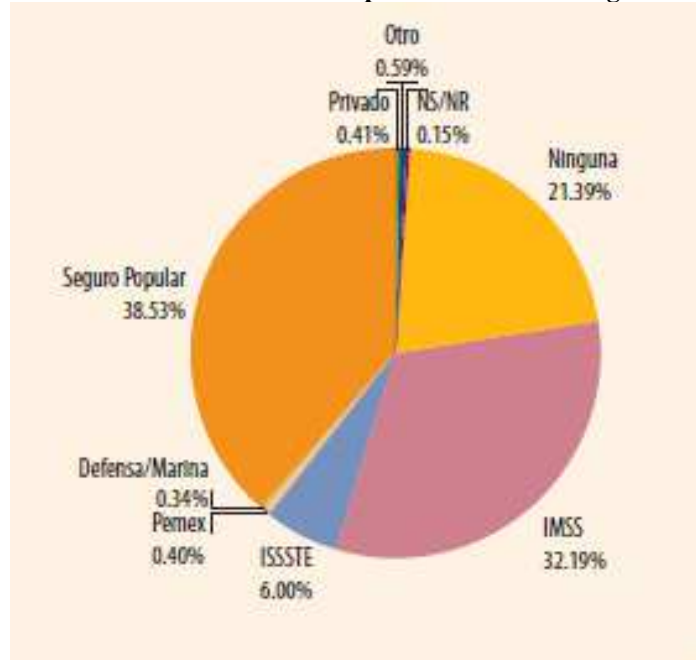


transitorio. En el primero de ellos el dinero que le corresponde al trabajador está a cargo de una Administradora de Fondos para el Retiro, es decir, sus ahorros se encuentran en el mercado de capitales por Sociedad de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro. Aquí el dinero que le corresponde al trabajador es dividido en los años de esperanza de vida (es decir, 70 años) por lo que si la persona fallece antes de esa edad su dinero se pierde pero llega a vivir más de 70 años ya no tiene derecho a recibir dicho bono.

En cambio, la segunda opción, cuando el trabajador se jubila, éste recibe una pensión que es depositada en una cuenta personal en una institución bancaria. Los pagos se realizan de manera mensual y tiene derecho a cobrar hasta el día de su muerte.

Con dicha reforma se observó que al término de su gobierno la cobertura en salud quedaba de la siguiente forma:

**Gráfica 5. Protección en salud en México por institución de aseguramiento al 2012**



Fuente: INSP, (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. En línea: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/CoberturaUniversal.pdf>

En el 2009 Calderón realizó su segunda propuesta de reforma fiscal que modificó los siguientes puntos:

- El Impuesto sobre la Renta, el gravamen a los ingresos cobrará una tasa de 30 por ciento.
- Se aumentó el Impuesto al Valor Agregado: uno por ciento generalizado.
- Se modificó el Impuesto Empresarial sobre Producción y Servicios (se concentra una tasa alta en cervezas, cigarrillos, telefonía celular y televisión de paga).
- Se modificó el Impuesto a los Depósitos en Efectivo, el gravamen incrementó la tasa de 2 a 3 por ciento (Escamilla, 2010:252).

Por ello gran parte de las acciones han permanecido en el gobierno de Enrique Peña y actualmente está latente la reforma en salud.

En el caso específico de la salud, a lo largo de los últimos sexenios se han realizado diversas reformas como consecuencia de la política social del ajuste y cambio estructural inspirado en la economía neoclásica e ideología neoliberal.

Desde el 2004 Frenk y colaboradores señalaron la necesidad de establecer y promover un financiamiento justo como el del Seguro Popular debido a que las exigencias actuales obligan a realizar este tipo de cambios. Dentro de sus declaraciones se encuentra que es necesario realizar una “financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad en la que se establecen como premisas fundamentales el prepago y la mancomunación de recursos en correspondencia a una idea de aseguramiento más que de cobertura universal a partir de un seguro de salud” (Tamez, 2011:11)

Con lo anterior se construye un argumento a favor de los “seguros, público y/o privados, porque al diluir o compartir el riesgo, permiten reducir la trampa de la pobreza impulsada por la falta de recursos para atenderse, disminuir los gastos catastróficos por el tratamiento de una enfermedad y acrecentar el capital humano” (Tamez, 2011:11).

De esta manera al Estado sólo le corresponde producir bienes públicos (...) además, asumir la regulación y proporcionar información a los consumidores de los servicios, ambas medidas para corregir las fallas del mercado en la producción competitiva de estos servicios. La tercera tarea del gobierno sería hacerse cargo de las acciones costo-

efectivas mínimas dirigidas a aquellos que fracasasen en conseguir los bienes de salud en el mercado, o sea los muy pobres. Para ello debería definirse un Paquete de Servicios Esenciales costo-efectivos pero sin trastocar el mercado y la competencia” (Laurell, 2015:23).

Lo que se busca actualmente es construir un nuevo Sistema de Seguridad Social Universal que garantice a toda la población acceso a los servicios de salud pero bajo este modelo que permite regular intervenciones en salud y atención bajo un esquema de prepagos. Y es justo bajo estos contextos en el que surge la actual Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes.

Para esto, es importante realizar una revisión histórica previa a esta, ya que de esta manera es posible entender cómo van surgiendo diversas modificaciones al interior del Estado Mexicano y las políticas que se implementan en materia de salud.

La comprensión del proceso a través del cual las políticas económicas y los procesos de reorganización de la base productiva, han influido en la reconfiguración de los procesos sociales, puede estimarse en esta breve síntesis según los distintos periodos de gobierno federal. De ese modo la gestación de políticas públicas en salud se han desarrollado sobre una base diversa incluyendo políticas referentes al sistema de pensiones, políticas sobre el acceso a los servicios de salud y la reestructuración consecuente del sistema de salud, políticas sobre los procesos de atención médica en general y de problemas de salud en particular, y finalmente políticas traducidas en programas y acciones sobre un problema de salud concreto como es el sobrepeso y la obesidad.

Desde la estimación de las proyecciones disponibles, el órgano rector de la política pública en salud: la Secretaría de Salud, se formulan y promueven programas y acciones que en su diseño incorporan diversos ámbitos de interés en primer lugar los económicos de las empresas productoras de alimentos, con un margen de ganancia elevado. También los costos de atención de las personas con esos problemas de salud y por lo tanto, el diseño de estrategias técnicas propias del ámbito sanitario.

El modelo de desarrollo económico adoptado por los gobiernos recientes, muestra hoy los resultados en los perfiles epidemiológicos de la población y al mismo tiempo las respuestas institucionales para atenderlos. Cabe suponer que esa explicación macro presente múltiples desfases con los procesos personales que viven los individuos que se encuentra en la situación concreta de daños a su salud.

La presentación de los puntos medulares de la Estrategia al interior de este capítulo, permite establecer un análisis puntual entre las políticas y la manera en que los sujetos que presentan estas corporalidades se ven inmersos en este proceso.

### **7. Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes.**

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes surge en el gobierno de Enrique Peña Nieto en el marco de la conmemoración del Día Mundial de la Salud el 2 de Abril de 2013. En ella, se señala la necesidad de disminuir las cifras de sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles (ENT) en nuestro país ya que representan una emergencia sanitaria debido a los altos costos que éstas genera.

Dentro de su objetivo general se encuentra la importancia de:

Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia del sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales (Secretaría de Salud, 2013:55).

Y cuyos objetivos específicos son:

1. Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.
2. Detectar oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo.
3. Generar una plataforma que permita contar con recursos humanos capacitados e insumos suficientes para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud.

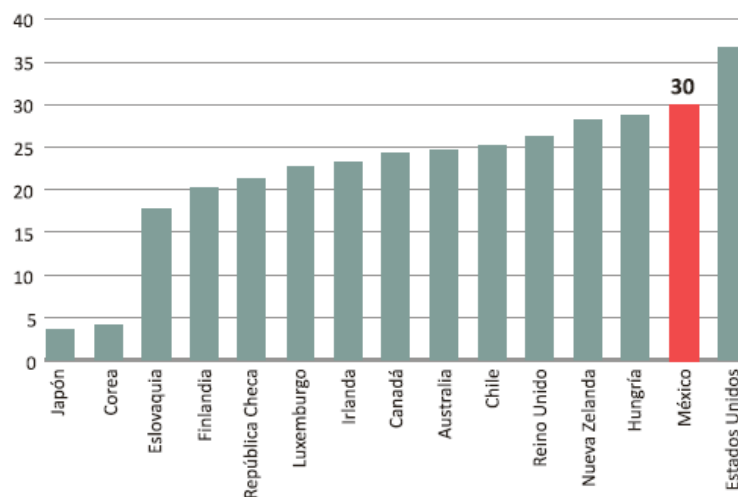
- Incrementar el número de pacientes en control metabólico con diabetes mellitus tipo 2 (Secretaría de Salud, 2013: 55).

Dentro de la Estrategia, una de las problemáticas más fuertes que se señala es el aumento en el gasto en salud a ser absorbido por las instancias gubernamentales que atienden a gran parte de la población con alguna enfermedad crónico degenerativo tales como las

cardiovasculares, enfermedades respiratorias, diabetes. En 2008, el 80% del total de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios, en los cuales la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%) (Secretaría de Salud, 2013:15).

Desde el 2010, México ocupa el segundo lugar por obesidad en población adulta:

**Gráfica 6: porcentaje de población adulta con obesidad países OCDE 2010**



Fuente: Secretaría de Salud, (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes. En línea:

[http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf)

En el 2008 el costo directo anual en atención médica ascendió a 42 mil millones de pesos, lo anterior, como resultado de atender alguna de las 14 complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad. De igual forma, el gasto indirecto para ese mismo año fue de “25 mil millones de pesos. En el 2017 se estima que el costo directo fluctúe entre 78 mil y 101 mil millones de pesos de 2008 y el indirecto entre 73 mil millones y 101 millones

de pesos de 2017 si no se aplican intervenciones preventivas intersectoriales costo-efectivas” (Secretaría de Salud, 2013:21).

Dentro de las causas encontradas asociadas en el incremento del sobrepeso, obesidad y diabetes se encuentran:

- 1) La modificación en la dieta que actualmente incluye alimentos procesados o adicionados con altas cantidades de azúcares y sal.
- 2) El aumento de comida rápida.
- 3) La influencia de la publicidad de dichos alimentos.
- 4) Aumento de la oferta de alimentos industrializados.
- 5) Disminución de actividad física por parte de la población.

Y de acuerdo con la Estrategia, esto se puede analizar con el consumo de algunos alimentos entre 1984 y 1998, periodo en el que se da una disminución considerable en “la adquisición de frutas y verduras en 29.3%, de leche 26.7% y de carnes en 18.8% y aumento en la compra de hidratos de carbono refinados que ascendió 6.3% así como el gasto en bebidas azucaradas, el cual aumentó en 37.2%” (Secretaría de Salud, 2013:22). De igual forma, se disminuyen las horas y actividades físicas tanto al interior de las escuelas como en la población adulta.

Por tanto, la Estrategia señala que este tema del sobrepeso, obesidad y diabetes son temas que no sólo incumben al sector salud, sino por el contrario, “tienen repercusiones en diversos estratos del gobierno, de la sociedad y de la iniciativa privada” (Secretaría de Salud, 2013:49). De tal forma que se plantea actuar de acuerdo a 3 ejes rectores que son:

- 1) Salud pública
- 2) Atención médica
- 3) Regulación sanitaria

**Figura 3. Pilares de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes**



Fuente: Secretaría de Salud, (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes. En línea:

[http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf)

Al ser un problema que va más allá del sector salud, se propone actuar de acuerdo a los siguientes principios:

- 1) Corresponsabilidad: es decir, atender principalmente a los grupos vulnerables (de bajos ingresos) que no cuenten con acceso al sistema de salud.
- 2) Transversalidad: que de acuerdo a la Estrategia es necesario establecer un nuevo contrato social que establezca “objetivos comunes, respuestas integradas y una mayor rendición de cuentas en todas las dependencias públicas. Esto requiere una alianza con la sociedad civil y el sector privado.
- 3) Intersectorialidad: a través de acciones que permitan la participación de todos los involucrados por lo que es importante establecer alianzas desde las instituciones gubernamentales, estados, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil y sector privado (Secretaría de Salud, 2013:52).

Por lo mismo, en la Estrategia se plantea que para el año 2018 se haya podido reducir el riesgo de mortalidad prematura por diabetes así como la inactividad física. De igual forma se enfatiza la necesidad de disminuir las cifras de los casos de las personas que presentan sobrepeso, obesidad y diabetes mediante acciones puntuales para este sector.

### **a) Primer eje estratégico: salud pública**

En relación al primer pilar o eje: Salud Pública, la Estrategia señala que es necesario establecer un sistema de vigilancia epidemiológico de las enfermedades crónicas. Por lo tanto, se implementará un Observatorio de las enfermedades no transmisibles que sea capaz de monitorear el comportamiento de casos como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.

Dicho observatorio deberá de contar con una base de datos a nivel nacional y local que contendrá información de todos los usuarios con el fin de tener un mejor control del comportamiento de las enfermedades crónicas.

Con lo anterior se buscan establecer mecanismos de “información epidemiológica para la toma de decisiones” (Secretaría de Salud, 2013:60).

Para esto es importante implementar acciones de promoción de la salud enfocadas en impulsar una alimentación correcta tanto en lo individual como colectivo. Por lo mismo se proponen los siguientes puntos:

- Eliminación de publicidad de alimentos no nutritivos.
- Promover la eliminación gradual del azúcar, sodio grasas saturadas en alimentos.
- Desarrollar acciones que promuevan la disponibilidad de agua potable en escuelas, sitios de trabajo y espacios públicos.
- Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos y hacer accesibles la disposición de alimentos procesados que se lo permitan.
- Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo.
- Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable (Secretaría de Salud, 2013:61)

Aunado a esto, se realizará una campaña de comunicación educativa enfocada en la población infantil con el fin de difundir mensajes positivos que sean capaces de promover una alimentación correcta que se incluirá en los libros de texto gratuitos. Con esto, se busca crear “consumidores informados capaces de interpretar las características nutricionales de los productos que adquieren” (Secretaría de Salud, 2013:64). Justo en este punto es donde se busca crear redes de educadores para prevenir dichas enfermedades.



Por último dentro de este pilar se señala la importancia del autocuidado a través de manuales especializados, capacitación del personal y concientización de la población “sobre la carga y responsabilidad de las enfermedades en la sociedad” (Secretaría de Salud, 2013:67). Esto permite que se detecten de manera más temprana gran parte de las enfermedades crónicas en la consultas con especialistas (como la que se desarrolla al interior de las UNEME’s en donde se atienden a pacientes crónico degenerativos).

### **b) Segundo eje estratégico: atención médica**

El segundo pilar enfatiza el acceso efectivo a los servicios de salud. Por tanto es importante incrementar la capacidad de los servicios para que:

Una persona con necesidades de salud asociadas a las enfermedades no transmisibles, reciba el máximo posible de ganancias en salud a partir de los programas e intervenciones instrumentadas por el sistema. Dicho de otra manera, “es la medición de la ganancia real en salud que obtienen los ciudadanos a partir del conjunto de intervenciones (preventivas y curativas) que el sistema de salud ofrece para resolver sus necesidades específicas (Secretaría de Salud, 2013:68).

De aquí radica la necesidad de implementar el principio de corresponsabilidad, es decir, “se pretende que los individuos enfermos crónicos, accedan a control y tratamiento médico a través de un ejercicio de pago compensatorio con lo realizado por el Estado” (Secretaría de Salud, 2013:68).

Es así como al interior del sistema de salud se han implementado programas de incentivos para pacientes y personal con el fin de aumentar su adherencia terapéutica como puede ser “inscripción a gimnasios o pago por meta de tratamiento alcanzada (ejemplo, por kilo perdido).” (Secretaría de Salud, 2013:68).

En relación a la calidad de los servicios que se plantea al interior de este eje, la Estrategia hace referencia a los modelos de atención específicos donde se pueda atender, diagnosticar o prevenir el sobrepeso y obesidad pero al interior de Unidades Especializadas como son las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME’s).

Aquí, el personal buscará abarcar los siguientes temas:

- Mejora de estilos de vida, actividad física sistemática, progresiva y constante, plan de alimentación adecuado, manejo de emociones.
- Prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, dislipidemia y enfermedad renal crónica.
- Uso de esquemas terapéuticos innovadores que privilegien la atención efectiva.
- Identificación temprana y oportuna de complicaciones asociadas a las enfermedades no transmisibles, para la atención con calidad y para su referencia oportuna (Secretaría de Salud, 2013:69-70).

De esta manera todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud actuarán bajo un esquema de capacitación muy puntual ya que:

- Se contará con un censo de recursos humanos disponibles formados en la atención de enfermedades crónico degenerativas.
- Se generará un centro de educación sobre enfermedades no transmisibles.
- Se certificarán las competencias del personal en la atención y manejo de estos pacientes.

Respecto a la infraestructura y tecnología, los servicios de salud brindarán atención para estos pacientes así como también se busca mejorar el abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio al interior del sector salud.

En el caso concreto de las personas que presentan obesidad mórbida, podrán ser considerados por el personal de salud como candidatos a cirugía bariátrica siempre y cuando cumplan los criterios de selección de acuerdo con los estándares internacionales:

1. Al menos 1 año de tratamiento convencional previo sin éxito.
2. Edad mayor a 18 años.
3. Sin presencia de contraindicaciones clínicas o psicológicas para este tipo de cirugía (previa evaluación por médicos especialistas).
4. Adecuado estado físico para ser sometido a anestesia y a una intervención quirúrgica.
5. Índice de masa corporal superior a 40kg/m<sup>2</sup> o superior a 35 kg/m<sup>2</sup> con la presencia de una o más comorbilidades.
6. Estar emocional y psicológicamente apto para la adopción de un nuevo estilo de vida.
7. Pacientes sin dependencias al alcohol o drogas. (Secretaría de Salud, 2013:75).

A través de esta técnica se espera que la persona se recupere entre 2 y 4 años después de la intervención.

Por último este pilar señala la necesidad de generar investigación y evidencia científica. Esto se podrá obtener con ayuda del Observatorio en donde se establecerá una vigilancia epidemiológica que será capaz de medir el impacto de las acciones y los objetivos planteados. No obstante, todas las acciones deben de ser apoyadas por incentivos y la Estrategia señala la importancia de “generar un sistema de incentivos para investigadores que fomente la generación de conocimiento sobre enfermedades no transmisibles” (Secretaría de Salud, 2013:76).

El principal conocimiento que se busca incrementar es el genómico que permite entender la etiología de las enfermedades multifactoriales como el sobrepeso, obesidad y diabetes.

### **c) Tercer eje estratégico: regulación sanitaria y política fiscal**

El último pilar de la estrategia establece las políticas que se deben implementar en cuanto a la regulación sanitaria respecto al etiquetado de alimentos, publicidad y política fiscal. Con esto, se busca comunicar “información nutrimental clara a los consumidores y fomentar decisiones saludables entre ellos” (Secretaría de Salud, 2013:80).

El primer paso es establecer un sistema de etiquetado frontal que sea capaz de enseñar las aportaciones calóricas y grasas consumidas. Con esto, las empresas podrán solicitar un distintivo nutrimental que será otorgado solo a aquellos productores que cumplan con los estándares nutricionales para la Secretaría de Salud. Por tales motivos, los productos se han dividido en 8 categorías que son:

1. Aceites vegetales y grasas.
2. Fruta, hortalizas y semillas.
3. Productos a base de carne.
4. Productos de la pesca.
5. Productos lácteos.

6. Productos a base de cereales.
7. Sopas, platos compuestos, plato principal y sándwiches rellenos.
8. Helados (Secretaría de Salud, 2013:81).

En relación a la publicidad, en la estrategia se señala el horario permitido para transmitir comerciales de alimentos y bebidas no alcohólicas que de igual forma debe considerar los siguientes puntos al interior del marco jurídico:

- a) Definir como horarios de audiencia infantil los siguientes
  - I. Lunes a viernes: de 14:30 a 19:30 hrs.
  - II. Sábados y domingos: de 7:00 a 19:30 hrs.
- b) Establecer que solamente podrán publicitarse, en horarios de audiencia infantil, aquellos productos que cumplan con los siguientes criterios nutricionales que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.
- c) De manera excepcional se podrá hacer publicidad de alimentos y bebidas en horarios de audiencia infantil siempre y cuando se garantice de manera fehaciente que la audiencia del programa o la programación que se presente no excede del 35% de niños menores de 12 años, o bien que se trate de un programa televisivo que entre en alguna de las siguientes categorías:
  - Telenovelas,
  - Noticieros,
  - Películas y series no aptas para público infantil
  - Deportes (Secretaría de Salud, 2013:82).

Finalmente respecto a la política fiscal se señala que es importante regular el consumo de estos alimentos y bebidas que no son nutritivos para la sociedad. Por lo mismo es importante implementar un gravamen sobre “aquellos productos que tienen calorías vacías, es decir aquellos que aunque brinden al organismo un aporte energético significativo no tiene nutrientes necesarios” (Secretaría de Salud, 2013:83). De esta manera se busca sensibilizar a la población para que el consumo disminuya paulatina y significativamente.

En la estrategia, se establece y prioriza la atención de manera desarticulada de las distintas esferas de la realidad social. Por el contrario, el énfasis se hace en disminuir las cifras de incidencia y prevalencia de estas enfermedades crónico degenerativas así como disminuir el presupuesto destinado a este rubro.

## CAPÍTULO 3

### **Pensar el cuerpo obeso desde la complejidad social**

*El cuerpo es la interfaz entre lo social y lo individual, la naturaleza y la cultura, lo sociológico y lo simbólico. Por eso su enfoque exige una prudencia particular, la necesidad de discernir con precisión las fronteras del objeto.*

Le Breton, 2002:97.

Todo tema de investigación sin lugar a dudas es susceptible de estudiarse desde diferentes posicionamientos teóricos y propuestas metodológicas muy variadas. Detrás de todo estudio (bien sea de corte cualitativo o cuantitativo), siempre existe una pregunta de investigación que sirve como guía y herramienta que permite articular el análisis que se efectuará y el caso concreto de la corporalidad no es la excepción.

Generalmente existe en los investigadores/as un marco de referencia común que permite vincular el cuerpo con su base propiamente biológica, la cual está más habituada a identificar. De igual forma se cuenta con un conocimiento (aunque sea a groso modo) sobre nuestro propio cuerpo, la manera en que funciona, los principales órganos que lo componen y los sistemas que acompañan a esta complejidad biológica enunciada como cuerpo.

Este conocimiento previo sobre el cuerpo permite verlo como algo que pareciera evidente, como algo dado, como una realidad común y entendida de la misma manera por todos sus semejantes, no obstante, el cuerpo además de estar conformado por una base orgánica innegable, también es una construcción social y cultural muy importante que no debe dejarse de lado.

En esta investigación se busca ir más allá de lo biológico, de lo que acontece fisiológicamente en uno o varios sujetos que presentan una corporalidad similar. Por tales motivos, el objetivo de este capítulo se enfoca en presentar el andamiaje teórico problematizado desde la medicina social. La propuesta por tanto consiste en abordar un problema de salud-enfermedad-atención como es el caso del sobrepeso y la obesidad

desde su complejidad, es decir, presentar los diversos ángulos que se vinculan, problematizan y ayudan a entender dicho tema.

Para esta labor cabe destacar que a lo largo de este trabajo ha estado presente la siguiente pregunta guía: ¿cómo se elabora actualmente una representación del sujeto obeso tras la aparición de la actual Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes?

Para atender a esta interrogante, este capítulo teórico se ha dividido en dos secciones principalmente ya que su objetivo central consiste en articular los conceptos claves con el análisis del trabajo de campo que se desarrollará en el capítulo siguiente.

En la primera sección se analizan los conceptos de cuerpo y modernidad que desarrolla David Le Breton. Dichas categorías de análisis permiten establecer cómo es definido el cuerpo desde un posicionamiento social e histórico.

En la segunda sección se establece una conceptualización de categorías de la obra de Michel Foucault que hacen alusión al abordaje del cuerpo tanto en lo individual como en lo social. Lo anterior permitirá entender cómo se ha modificado a través del tiempo el trabajo clínico al interior de las dependencias en salud así como también las estrategias que se han establecido para que la población adquiriera un conocimiento y asociación (en un nivel histórico, político y coyuntural) por lo que se debe entender como un sujeto sano, un cuerpo enfermo y cómo podría mejorar su condición de salud mediante un disciplinamiento o acciones que debe implementar en su cotidianidad.

### **1. ¿Qué significa pensar el cuerpo en la modernidad?**

La presentación de toda propuesta teórica como la de David Le Breton y Michel Foucault siempre se encuentra ceñida a reducir su complejidad y dejar indudablemente vacíos conceptuales. Si bien sus trabajos han abordado distintas aristas del cuerpo visto desde un posicionamiento teórico desde las ciencias sociales, el objetivo de estas

secciones radica en exponer únicamente aquellos conceptos centrales para esta investigación. Como primer momento se desarrollarán los de cuerpo y modernidad. Debido a que estas categorías son indisolubles y complejas, se presentarán de manera conjunta.

Para David Le Breton la temática del cuerpo se encuentra presente a lo largo de su obra. El abordaje y problematización de dicho concepto desde las ciencias sociales siempre ha respondido y se ha visto en función del contexto social y cultural del cual acontece. Es justo desde el cuerpo donde “nacen y se propagan las significaciones que constituyen la base de la existencia individual y colectiva” (Le Breton, 2002:7).

Si bien el cuerpo hace referencia indudablemente a una unidad biológica, de igual forma juega otro papel que es fundamental, es decir, el social. Aquí todo sujeto hecho cuerpo adquiere un nuevo significado y esto lo hace en función de su posicionamiento en el mundo. Dicho posicionamiento permite que ese sujeto sea materializado en un cuerpo concreto que tiene una nueva interpretación debido a que ocupa un lugar específico, vive en un tiempo socio-histórico determinado y actúa en conjunto con sus semejantes transformando constantemente su realidad inmediata.

Esa interacción entre sujetos-cuerpo establece de igual forma una dirección y cercanía que establecerá hacia los otros a través de sus:

palabras, pero también gestos, y ademanes, un conjunto de rituales corporales que cuentan con la adhesión de los otros. A través de su corporeidad, el hombre hace que el mundo sea la medida de su experiencia. Lo transforma en un tejido familiar y coherente, disponible para su acción y permeable a su comprensión. Como emisor o como receptor, el cuerpo produce sentido continuamente y de este modo el hombre se inserta activamente en un espacio social y cultural dado (Le Breton, 2002:8).

Por tales motivos el significado de esos gestos, ademanes, rituales, cultura o palabras sólo adquieren un sentido en un espacio y personas concretas.

Un ejemplo para ilustrar lo anterior, uno comparte históricamente la lengua castellana pero el significado de algunos tecnicismos sólo adquieren un sentido con ciertas personas porque hay un contexto que identifica, que une, que permite entender a qué se está haciendo referencia. Por tanto no será lo mismo el castellano hablado en México en

un estado en específico al de España o el de algún otro país o región de América Latina. Siempre existe un referente histórico, social y temporal que acompaña a toda acción. Tal como lo menciona Le Breton, existe un “territorio que hay que explorar (...) terapias corporales, masajes, danzas, etc. Encontramos en nosotros mismos el compañero complaciente y cómplice que no tenemos a nuestro lado. (...) El cuerpo convertido en un objeto que se puede moldear, modificar, modular según el gusto del día” (Le Breton, 2002:91).

Ese sujeto-cuerpo establece de manera constante a través de su acción relaciones cada vez más complejas que van desde la cercanía hacia el otro (inmediato), hasta un trato con personas cada vez menos familiares: como ha sucedido en el caso de la modernidad y la aparición de las nuevas tecnologías (que conectan a los sujetos con otros similares en puntos totalmente alejados), con instituciones (como es el caso del sector salud o educativo que debe relacionarse con profesores, secretarías, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros), con temas de Estado y política (que se ejercen en un territorio concreto a través de sus principales representantes y funcionarios públicos), entre otros.

Este cuerpo en la modernidad que plantea Le Breton inició desde el siglo XX y ha tenido muchos abordajes y representantes como ha sido el caso de Baudrillard (1996) y su propuesta del cuerpo como un objeto sublime y de belleza, Guilles Lipovetsky (2000) con sus reflexiones respecto al narcisismo e individualidad, Vigarello (2011) y su búsqueda por entender la manera histórica en que el cuerpo ha adquirido distintos significados o Bourdieu (1988) quien analiza al cuerpo de acuerdo al posicionamiento del agente en un campo, capitales y gustos determinados.

No obstante y pese a los diversos abordajes, Le Breton señala que el estudio del cuerpo en la modernidad tiene una problemática en común que es su “estructura individualista” (Le Breton, 1995:14), es decir, el cuerpo en la modernidad ha sido separado de los otros y de sí mismo. Ahora el cuerpo se ha convertido en un “lugar defensor del individuo, su socio. La pérdida de la carne del mundo obliga al actor a apegarse a su cuerpo para darle carne a su existencia” (Le Breton, 2002:91). Lo que actualmente es importante ya no radica de la vinculación que se tenga hacia los demás, sino por el contrario todo lo que



“emana de las sensaciones y seducción” (Le Breton, 2002:91), tales como la “ropa, cosméticos, prácticas físicas, etc., forman una constelación de productos codiciados para proporcionar un “palco” en el que el actor social cuida lo que luego permite que se vea de sí mismo, como si se tratara de una tarjeta de visita viviente” (Le Breton, 2002:82).

Para Le Breton, la etapa que enfrentamos actualmente es la modernidad ha traído una serie interminable de cambios significativos en la vida de las personas. Cabe destacar que todas estas modificaciones (que indudablemente han sido violentas debido a la rapidez con la que se han introducido en nuestra cotidianidad), responden siempre a intereses históricos muy puntuales que sin duda desarrollará de manera más puntual Foucault a lo largo de su obra y su vinculación que establece en torno al sujeto, la historia y su disciplinamiento.

El hombre en la modernidad vive en una sociedad que es:

problemática, propicia al desconcierto o a la iniciativa, una sociedad que trabaja constantemente, en la que el ejercicio de la autonomía personal dispone de una latitud considerable. Se nos incita a convertirnos en emprendedores de nuestras propias vidas. El individuo tiende cada vez más a convertirse en su propio referente, a buscar en sus recursos propios lo que antes encontraba en el sistema social de sentidos y valores en que su existencia se inscribía. La búsqueda es individual. Hoy, cada actor sólo puede responder de manera personal a la cuestión de la significación y del valor de su existencia. Las soluciones son personales y demandan recursos creativos por parte del individuo (Le Breton, 2002:92-93).

Ahora el hombre ha adquirido una nueva corporalidad individualizada, aislada y separada del resto que constantemente busca su autonomía y como una estrategia para alcanzar este fin ha sido el establecimiento de nuevos lazos y significados que se han extendido a otros ámbitos como al de la tecnología y al surgimiento de los medios masivos de comunicación que proporcionan un nuevo tipo de saber. De igual forma este hombre en la modernidad constantemente busca alcanzar una identidad pero esta debe adecuarse a las exigencias sociales de la época, por tanto, no es de extrañar que lo que impere actualmente sea la presentación de la persona a través del rostro y los estereotipos vigentes. Dichos estereotipos ahora se enfocan más en mostrar el cuerpo erigido bajo la higiene distanciándolo de toda animalidad, de todo mal olor, “de secreciones, la edad, el cansancio” (Le Breton, 1995:131). Ahora el cuerpo es

presentado como algo “limpio, neto, joven, seductor, sano, deportivo. No es el cuerpo de la vida cotidiana” (Le Breton, 1995:132).

De acuerdo con Le Breton es justo ahora donde se establece una ruptura significativa entre “el hombre: el hecho ser y de poseer un cuerpo” (Le Breton, 1995:23). Aunado a esto, el hombre ahora enfrenta otro tipo de problemas propios de la época tales como “la muerte, la enfermedad, la soledad, el desempleo, el envejecimiento, la adversidad” (Le Breton, 1995:15) entre otros.

En el caso específico de temáticas como la muerte, enfermedad, soledad (incluyendo los trastornos mentales) y el envejecimiento, Le Breton comenta que la modernidad de igual modo ha traído consigo un nuevo saber e interpretación biomédico:

En el discurso científico contemporáneo, el cuerpo es pensado como materia indiferente, siempre soporte de la persona. Ontológicamente distinto al sujeto, se convierte en un objeto manipulable que puede ser mejorado, materia prima en la cual se diluye la identidad personal y ya no una raíz identitaria del hombre. (...) El cuerpo se declina en piezas separables, se fragmenta. Estructura modular de piezas sustituibles y mecano que sostiene la presencia sin serle fundamentalmente necesario, el cuerpo es hoy reconstruido por razones terapéuticas que casi no despiertan objeciones, aunque también es remodelado por motivos de conveniencia personal, en ocasiones incluso en la persecución de una utopía técnica de purificación del hombre, de rectificación de su ser en el mundo. El cuerpo encarna la parte mala, el borrador que hay que corregir (Le Breton, 2011:37-38).

Por tales motivos el cuerpo que enferma sólo se evidencia cuando existe un momento de “crisis, de excesos: dolor, cansancio, heridas, imposibilidad física de llevar a cabo tal o cual acto, incluso, la ternura, la sexualidad, el placer, o, para la mujer, por ejemplo, el momento de la gestación, de las menstruaciones” (Le Breton, 1995:124). El cuerpo en la modernidad puede hacerse presente o ausente de acuerdo a la dolencia, a la posibilidad de permitir realizar las tareas habituales.

Siguiendo la lógica de este discurso biomédico, la enfermedad ha establecido un lenguaje muy concreto que cabe destacar que sólo puede ser entendido y validado por aquellos sujetos que poseen un título que legitima su práctica médica. Ahora se puede entender por qué el corazón “empieza a gastarse, es el colesterol” (Le Breton, 1995:180). La enfermedad es planteada como una “intrusa que surge a partir de una serie de causalidades mecánicas. En la elaboración gradual de su saber, de su saber-

hacer la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, al sentido de la enfermedad, para considerar solamente al mecanismo corporal. La medicina apuesta al cuerpo, está basada en una antropología residual. No es un saber sobre el hombre sino un saber anatómico y fisiológico, que hoy llega a grado extremo de su refinamiento” (Le Breton, 1995:179).

Ahora al referirse al cuerpo indudablemente se debe vincular a ese saber fisiológico y las prácticas subyacentes. El cuerpo que fungía anteriormente con un significado y una representación social distinta, ahora también ha caído en un nuevo mercado económico ya que el cuerpo o mejor dicho, sus partes, son valuadas, son deseadas, son cotizadas y entran como meros “objetos de comercio y de tráfico en ciertos países (riñones, testículos, sangre, etc.) o de extracciones y trasplantes son aislados de un hombre que queda en ingravidez: alquiler de úteros, investigaciones en embriones congelados, intervenciones en los genes, etcétera”. (Le Breton, 2002:95).

Y si bien esta tarea empezó con los anatomistas que realizaron las primeras investigaciones sobre el cuerpo humano, dicha labor continúa hasta la fecha sólo que el sentido y objetivo que se le da en la modernidad es distinto.

El discurso científico-técnico de la modernidad ahora muestra el cuerpo mediante su fragilidad, desde la manera en que éste “envejece y su precariedad lo expone a lesiones irreversibles; no tiene ni la permanencia ni la confiabilidad de la máquina (...) La enfermedad y la muerte son el precio que se paga por la perfección relativa del cuerpo. El placer y el dolor son los atributos de la carne; implican el riesgo de la muerte y de simbólica social” (Le Breton, 2011:42-43).

Además de esto, las condiciones de vida que enfrentan los sujetos son distintas, la modernidad ha traído consigo modificaciones en las actividades cotidianas y las jornadas laborales que son cada vez más extenuantes. De igual forma se ha establecido una producción farmacológica sobre el cuerpo que ha generado un abanico de posibilidades para que todo sujeto ahora pueda adquirir “productos para dormir, para despertarse, para estar en forma, para tener energía, para acrecentar la memoria, para suprimir la ansiedad, el estrés, tantas prótesis químicas para un cuerpo que parece

desfallecer frente a las exigencias del mundo contemporáneo para salir a flote en un sistema siempre más activo y exigente” (Le Breton, 2011:46-47).

El marco de referencia de la vida cotidiana para estos sujetos se modificó con la modernidad. El espacio, los lugares, la rutina, las actividades, la familia, las amistades, los miedos, las presiones sociales, las presiones individuales, el erotismo, los hábitos, las rutinas, el ejercicio, la seguridad, la alimentación, las formas de comunicación y las relaciones interpersonales y afectivas han cambiado en función de la época.

Ahora la clave de la relación con el mundo reside “en la voluntad que decide cuál es la molécula apropiada para rectificar un cuerpo mal ajustado modificando su estado de ánimo” (Le Breton, 2011:89).

Por tales motivos la industria farmacológica actualmente tiene mayor impacto y éxito ya que además de proporcionar medicación para enfermedades muy concretas (como problemas respiratorios, digestivos, entre otros), lo combina con otro tipo de consumidores que no presentan ningún trastorno psicológico. La medicalización ya no tiene como su meta central “la salud, (...) sino algo que va más allá, una intensificación de las capacidades de reacción o de resistencia de funciones orgánicas que no satisfacen ya al individuo” (Le Breton, 2011:93). Estos sujetos en la modernidad lo que buscan a través de la farmacología es rendir para “ser competitivos, para controlarse a sí mismos” (Le Breton, 2011:89) y dicha exigencia empieza a edades cada vez más tempranas como sucede en el caso de los niños que son medicados con ritalina para atender dificultades de aprendizaje hasta los adultos que persiguen cada vez más la idea de prolongar su vida percibiendo el cuerpo como un mecanismo, como “una colección de órganos y funciones potencialmente reemplazables” (Le Breton, 2011:42).

De igual forma la medicina ya no sólo se enfoca en la cura corporal (visto desde un posicionamiento biológico), sino por el contrario, también ha establecido una justificación para explicar el por qué se sufre y que está acompañando en todo momento a la enfermedad. Dicho de otra forma, ahora la institución médica se ha convertido en una “instancia normativa, en un biopoder (Foucault), en una forma científica y cruel de enunciación del destino” (Le Breton, 2011:47). Y esto lo podemos ver de manera más

puntual en la biotecnología a través de la genética que reduce el cuerpo al código del ADN y es a través de él como se pueden explicar de igual modo algunos trastornos sociales que permiten hablar del “cromosoma del crimen y el criminal nato” (Le Breton, 2011:150) o de la inteligencia que favorece algunas razas frente a otras, del “gene de la depresión, del alcoholismo, de la obesidad, o de la homosexualidad” (Le Breton, 2011:159).

Esto ha dejado fuera a todos los cuerpos que atentan a la norma, es decir, se entiende como “enfermo” o un cuerpo afectando a gran parte de la población anciana,

discapacitados o de los locos, e incluso a de los enfermos graves (sida, cáncer, etc.) o de los moribundos, sigue demostrándolo. El cuerpo debe pasar desapercibido en el intercambio entre los sujetos, aunque la situación implique, sin embargo, que se lo ponga en evidencia. Debe subsumirse en los códigos en vigencia y cada uno debe poder encontrar en sus interlocutores, como en un espejo, las actitudes corporales propias y una imagen que no lo sorprenda (Le Breton, 1995:134).

Esta dinámica ha llevado a las leyes y ha sido defendida por abogados que señalan que sus clientes “actuaron fuera de sí mismos y, por lo tanto, no deberían ser acreedores a una pena. Los defectos del cuerpo explican las anomalías de la existencia, incluso las legitiman. Si el asesino es portador de un cromosoma del crimen, él no es más que la inocente víctima de una maquinaria genética que lo somete a su influencia” (Le Breton, 2011:159).

La explicación del cuerpo en la modernidad ya no puede escaparse al del saber biomédico. Es ella quien determina y regula las acciones tanto en lo individual como en lo colectivo. Ha establecido un entramado complejo hacia otras instituciones que validan y legitiman dicho actuar. Por lo mismo, brindar otra mirada, representa un reto porque requiere formular y plantear un nuevo abordaje y problematización del mismo.

De ahí la necesidad de complementar la propuesta de Le Breton con conceptos clave de Michel Foucault ya que al introducir el problema de un sujeto histórico que se ha visto inmerso en diversos procesos de disciplinamiento, marcará la pauta para entender y analizar el problema del sobrepeso y obesidad que hoy en día acontece en nuestro país.

## **2. Sujeto, disciplinamiento e historia en Michel Foucault**

Al igual que en el anterior apartado, las categorías de cuerpo (biopoder), enfermedad y disciplinamiento (biopolítica) se presentarán de manera conjunta debido a que resulta imposible entenderlas de manera disociada debido a su complejidad.

Cabe destacar que la manera en la que elabora Foucault su propuesta se basa en la presentación de la experiencia del sujeto histórico (tanto en lo individual como en lo colectivo) ya que mediante su práctica cotidiana, es como se establecieron diversas conexiones con sus semejantes que hacen posible articularlo con el resto de las demás categorías.

Foucault plantea a lo largo de su obra la importancia del cuerpo de los sujetos. Dicha corporalidad ha tomado distintos giros de acuerdo al contexto histórico e intereses políticos de la época. Para fines de esta investigación, se resaltarán a manera de esbozo los puntos medulares que Foucault desarrolló en la transición del siglo XIX al XX.

El cuerpo a lo largo de la historia del hombre siempre se ha visto inmerso invariablemente en una serie de dispositivos de poder que buscan su disciplinamiento en función del contexto. Anteriormente, el cuerpo en el siglo XIX obedecía a un orden de producción económico muy puntual ya que su función primordial era realizar labores de mano de obra principalmente. Por tanto, el control que se establecía sobre él promocionaba que fueran funcionales (de acuerdo a las exigencias de la economía de corte capitalista inicial). Es así como se buscaba la obediencia y pasividad a través de las funciones repetitivas y puntuales para que se convirtieran en sujetos productivos y alineados. Lo anterior se respaldaba con el discurso que emitían y reforzaban las instituciones y el Estado que de manera conjunta validaban y valoraban el tipo de trabajo realizado (bien sea como una persona obrera, campesino, artesano, profesionalista, clérigo, entre otros). Cada cuerpo cumplía una función y rol socialmente determinado.

Con la modernidad, este cuerpo adquirirá nuevas responsabilidades y una de las más importantes será el cuidado que realizará sobre sí mismo, es decir, lo que está en juego aquí es la promoción y difusión entre lo aceptado y rechazado socialmente a través de lo

“bueno” (seguimiento de buenos modales, aseo, valores, disciplina) y lo “malo” (que generalmente provenían del alma que es donde se originan algunos trastornos que requieren ser castigados o reprimidos como fue el caso de la sexualidad, la salud mental, alteraciones a la ley como en el caso de los criminales, entre otros).

Con la modernidad el cuerpo entra en una red cada vez más compleja de relaciones que llevan consigo ahora a una forma distinta de imponer y promover el cuidado del cuerpo ya no de manera punitiva (es decir, castigos corporales explícitos), sino por el contrario, se fomentan correcciones más de corte individual, de más larga duración que son difíciles de percibir debido a esta periodicidad tan prolongada.

La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos “dóciles”. La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una “aptitud”, una “capacidad” que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia de ello pudiera resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta (Foucault, 2002:142).

Conforme la evolución de su pensamiento, este tipo de correcciones serán conocidas como biopoder (enfocado al cuerpo visto desde su individualidad) y biopolítica (que recae propiamente en la población). Estas nuevas técnicas de poder disciplinario se aplican sobre la vida de los hombres Aquí lo que está en juego es:

Regir la multiplicidad de los hombres en la medida en que esa multiplicidad puede y debe resolverse en cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar, utilizar y, eventualmente castigar. Además, la nueva tecnología introducida está destinada a la multiplicidad de los hombres, pero no en cuando se resumen en cuerpos sino en la medida en que forma, al contrario, una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etcétera (Foucault, 2001:220).

Para entender de mejor manera este concepto de biopolítica, es conveniente señalar algunos ejemplos que ayuden a clarificar a qué se refiere dicho concepto. Con la llegada del Estado Moderno, se termina una etapa difícil de periodos de entreguerras que habían dejado poblaciones vulnerables y con un sin número de enfermedades (como fue el caso de epidemias que amenazaron gran parte de la población).

Ahora lo que se buscaba era establecer un tipo de población útil para el nuevo Estado. Por tanto, no es de extrañar que se emplearan justo en esta época algunas políticas que

promovieran ciertos procesos específicos tales como: aumentar la tasa de natalidad y disminuir la tasa de mortalidad, controlar “la tasa de reproducción, la fecundidad de una población, etcétera. Estos procesos de natalidad, mortalidad y longevidad constituyeron (...) los primeros objetos de saber y los primeros blancos de control de esa biopolítica. En ese momento, en todo caso, se pone en práctica la medición estadística de esos fenómenos con las primeras demografías” (Foucault, 2001:220).

Lo anterior se empezó a reforzar con otra serie de acciones que promovieron establecer un horario de trabajo, reducir el desgaste de energía, establecer la población económicamente activa (que empezó a proteger a los niños para reintroducirlos al aula), establecer una remuneración económica por el trabajo realizado, promover y enseñar una higiene pública (que daría paso a una medicalización de la población), entre otras. Todo esto en su conjunto fomentó una nueva relación entre los sujetos (vistos como una población: biopolítica) y las instituciones (bien fueran asistenciales o no).

Lo que se promovía con estos nuevos “mecanismos más sutiles, más racionales” (Foucault, 2001:221) era la introducción del sujeto a una etapa más racional que promovía la individualización sobre lo social ya que de esta manera los sujetos eran cada vez más susceptibles de alinearse a las nuevas normas que se iban dictando a través de un sin número de políticas y normas sociales.

Es así como este nuevo cuerpo colectivo (manifestado como población) se enuncia como biopolítica. Ahora el sujeto está inmerso en una relación doble: por un lado tiene una vinculación con las relaciones e instituciones de poder y por el otro, es susceptible de ser estudiado mediante la ciencia. Estos puntos son difíciles de distinguir de manera individual pero siempre son aspectos que persisten en su análisis colectivo debido a que se:

manifiestan en sus efectos económicos y políticos y se vuelven pertinentes en el nivel mismo de las masas. Son fenómenos aleatorios e imprevisibles si se los toma en sí mismos, individualmente, pero que en el nivel colectivo exhiben constantemente que es fácil, o en todo caso posible, establecer. Y por último, son fenómenos que se desarrollan esencialmente en la duración que deben considerarse en un límite de tiempo más o menos largo; son fenómenos de serie. La biopolítica abordará, en suma, los acontecimientos aleatorios que se producen en una población tomada en su duración (Foucault, 2001:222).



De ahí la necesidad de plantear su vinculación con el concepto de biopoder que es donde se establecen los mecanismos disciplinarios que actúan de manera individual. Dicho de otra forma, toda población existe gracias a un Estado y sus Instituciones que establecen una serie de políticas, normas, leyes y estatutos que se deben de cumplir. Eso busca promover la paz a nivel colectivo y asegurar (aunque sea en los aspectos más básicos), que el sujeto se encuentre en condiciones para realizar su vida cotidiana.

No obstante, dichos mecanismos disciplinarios buscan intervenir siempre en el individuo y esto empieza a edades muy tempranas. Ejemplo de lo anterior se encuentra con la transmisión de reglas, valores, y comportamiento socialmente aceptado mediante la familia, la escuela, las instituciones en salud, la institución de seguridad, entre otras, que en su conjunto establecen las pautas que debe acatar todo individuo a lo largo de su vida. El ser humano siempre actuará por tanto no de manera “libre” sino por el contrario, irá cargando constantemente (mediante su actuar) de una serie de reglas y normas de conducta que lo aseguran como sujeto en el mundo. Esa serie de leyes vistas desde lo individual es a lo que se conoce como biopoder.

Dicho disciplinamiento individual puede resumirse como la conjunción de “dos series: la serie cuerpo-organismo-disciplina-instituciones; y la serie población-procesos biológicos-mecanismos regularizadores-Estado. Un conjunto orgánico institucional: la órgano-disciplina de la institución, por decirlo así y, por otro lado, un conjunto biológico y estatal: la bioregulación por el Estado) (Foucault, 2001:226).

Ese biopoder hecho sujeto individual hace referencia a las formas en que se educa y disciplina al cuerpo. Por tanto, lo que está en juego aquí es convertir al sujeto en un cuerpo útil y dócil pero esta plasticidad sobre el individuo debe responder a las exigencias del contexto, de ahí la necesidad de recuperar y entender estos conceptos de manera conjunta. Al ser términos indisolubles, se complementan y dan sentido al otro, de igual forma son polaridades necesarias ya que son ellas las que establecen la existencia del cuerpo en la modernidad.

Ya que esta tesis se enfoca en recuperar una estrategia en salud (como es el caso de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Sobrepeso, la Obesidad y

Diabetes), es pertinente tener en mente la necesidad de establecer una conexión que vaya desde las acciones individuales hasta las acciones colectivas que permite entender cómo se articulan estos sujetos con corporalidades distintas en el actual marco en salud de México.

De igual forma, es a través de la biopolítica como las instituciones han establecido una serie de criterios de mediciones y clasificaciones corporales que recaen directamente en la población. El siglo XX declaró a la medicina como la única disciplina científicamente validada para explorar, entender, curar y promover diversas intervenciones sobre el cuerpo “La medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores” (Foucault, 2001:229).

Pero para que se consolide una población que responda a las exigencias de la época fue necesario establecer de manera permanente una vigilancia médica que sea capaz de intervenir en caso de crisis tales como “enfermedades y contagios (...) la vigilancia pasa a ser un operador económico decisivo, en la medida en que es a la vez una pieza interna en el aparato de producción y un engranaje especificado del poder disciplinario” (Foucault, 2001:173).

Por tanto, la atención científica (médica) que se le proporciona al sujeto-cuerpo en la modernidad ha caído de igual forma en reduccionismos como es el caso de estudiar la enfermedad no desde su vinculación con lo social, sino en atender al cuerpo en función de la dolencia que se sintetiza en las siguientes preguntas:

¿Qué tiene usted? Con la cual se iniciaba en el siglo XVIII el diálogo del médico y el enfermo con su gramática y su estilo propios, (...) ¿dónde le duele a usted? A partir de ahí, toda relación del significante con el significado se distribuye de nuevo, y ahora entre síntomas que significan y la enfermedad se significa, entre la descripción y lo que ella describe, entre el acontecimiento lo que éste pronostica, entre la lesión y el mal que ella señala (Foucault, 2003:14).

Sobre este cuerpo recaen desde finales del siglo XIX y principios del XX una serie de recomendaciones (a estilo recetas terapéuticas) para eliminar (lo más que sea posible) a la enfermedad. El suplicio de años atrás ahora es remplazado “por los métodos de la

asepsia: la criminología, el eugenismo, la exclusión de los *degenerados*” (Foucault, 1979:103).

Y el cuerpo en las instituciones médicas busca que se discipline de acuerdo a un:

conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados. Ese el poder de la individualización cuyo instrumento fundamental estriba en el examen. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder (...) pero esta disciplina adquiere un carácter médico, si este poder disciplinario se confía al médico, se debe a una transformación del saber médico. La formación de una medicina hospitalaria en el espacio hospitalario y, por el otro, la transformación que en esta época experimenta la práctica de la medicina (Foucault, 1978:67).

Y justo ese tipo de saber y regulación médica promueve que el control inicie a través de las técnicas para validar su eficiencia de atención ante la dolencia. De igual forma, estas técnicas médicas tienen como principal objetivo reincorporar al sujeto a sus actividades cotidianas lo más rápido posible. Dentro de esa intervención institucional el cuerpo nuevamente se ve sometido a una serie de mecanismos de poder que fomentan continuar con su docilidad “En una palabra: disocia el poder del cuerpo: de una parte, hace de este poder una “aptitud”, una “capacidad” que trata de aumentar, y cambiar por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta” (Foucault, 2002:135).

Por tanto la relación que se establecerá entre el sujeto (paciente) y la institución médica (profesionistas de la salud) siempre será jerarquizada y desigual ya que su propia condición de enfermo lo cataloga y lo reduce al análisis de “un dato histórico y transitorio” (Foucault, 2003:16).

Ahora la relación que tiene el enfermo con el médico es:

violenta (...) el conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad: la mirada del médico no se dirige inicialmente al cuerpo concreto, a ese conjunto visible, a esta plenitud positiva que está frente a él, el enfermo, sino a intervalos de naturaleza, a las lagunas y distancias, donde aparecen como en un negativo los signos que diferencian una enfermedad de otra, la verdadera de la falsa, la legítima de la bastarda, la maligna de la benigna (Foucault, 2003:24).

Todas estas acciones que norman y controlan a los sujetos en sociedad irremediablemente pasarán a través de una forma institucionalizada. Se convierte en un marco político y social del que es imposible resistirse tanto en lo público como en lo privado. Nos enfrentamos a la vigilancia constante que permite clasificar, juzgar, medir, localizar a los individuos enfermos a nivel mundial. Por tanto, la población que se busca debe adecuarse al disciplinamiento médico que se transforma mediante su saber. “La formación de una medicina hospitalaria en el espacio hospitalario y, por el otro, a la transformación que en esta época experimenta la práctica de la medicina” (Foucault, 1978:67).

Es por eso que si se busca entender el comportamiento de un sujeto con ciertas características corpóreas como es el caso de las personas obesas y con sobrepeso, es necesario establecer la relación que existe entre su desenvolvimiento tanto en lo individual como en lo colectivo ya que invariablemente existe una transición constante entre las instituciones y las relaciones de poder que influyen en sus prácticas cotidianas. Cabe destacar que dichas acciones actualmente se han complejizado porque se han incorporado nuevas tecnologías como lo señalaba Le Breton que incluyendo ahora a los medios masivos de comunicación, que reafirman ciertos discursos provenientes de las instituciones disciplinarias del Estado.

En la actualidad, lo que está en juego y representa un ideal a seguir por parte de la población es la adquisición de un cuerpo saludable que se adecua de igual forma al principio económico capitalista que se asocia con la “fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido” (Foucault, 2002:32).

Por tanto la opción para obtener ese tipo de sujetos y posteriormente una población determinada es mediante el disciplinamiento y control actuando en el establecimiento de ciertas conductas, comportamientos, preferencias y aptitudes. Hay un control “minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constantemente de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las disciplinas” (Foucault, 2002:141).

Finalmente es de destacar que si bien todo sujeto se encuentra constantemente influido por estas prácticas disciplinarias, de igual forma es capaz de establecer prácticas de resistencia hacia ese control y vigilancia lo que genera un grado de complejidad mayor en el momento en que se realiza un análisis más puntual. Ya que así como el ejercicio del poder “se elabora constantemente, se transforma, se desorganiza y se vuelve a organizar” (García, 2010:39), de igual forma todo sujeto es capaz de establecer estrategias de lucha “algo nuevo, una respuesta diferente que no estaba codificada, que no era esperada, actúa también mediante la sorpresa (...) es como si estuviéramos en un tablero de ajedrez; y también estrategias de lucha y de enfrentamiento a fin de privar al adversario de sus medios y obligarlo abandonar la batalla, y con esta estrategia se busca la victoria” (García, 2010:40).

Por tanto, este abordaje teórico sirve como un primer momento para enmarcar las bases que sustentan el análisis de las entrevistas del siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 4**

### **Cuerpos, necesidades y abordajes del sobrepeso y la obesidad en el actual contexto de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes**

Esta investigación ha seguido una lógica de presentación para la redacción de este último capítulo. Para esto, es necesario tener en consideración cuáles han sido los objetivos perseguidos en cada uno de los apartados anteriores que contribuyen en la redacción y cierre de este último.

Este capítulo presenta en un primer momento el diseño de la investigación: la construcción del problema de estudio y el marco de referencia metodológico. Posteriormente se presenta el ejercicio de reflexión teórico-metodológico que corresponde a la interpretación de las aportaciones orales recuperadas en el trabajo de campo.

#### **1. Sobre el diseño de la investigación**

##### **a) Aspectos previos para precisar la orientación de la investigación**

El tema de la obesidad y sobrepeso es un tema complejo debido a su enorme riqueza. La formulación, problematización y abordaje a partir de una pregunta específica permite aportar cada vez más información significativa referente al tema. Cabe destacar que dicho tema ha tomado auge y ha empezado a ser debatido con mayor interés a partir de finales de los años noventa lo que representa un reto mayor debido al abanico de posturas y discusiones que se han versado al respecto.

Cabe destacar que de igual forma todo tema de investigación siempre se vincula con intereses muy puntuales del investigador y en este caso fueron dos los que dieron cuerpo a esta tesis.

El primero de ellos se vincula con un primer acercamiento con el tema cuando formé parte de un equipo de trabajo que realizaba investigación cualitativa con pacientes crónico-degenerativos en la Secretaría de Salud a través de los Grupos de Ayuda Mutua en el sur del país. Tras el trabajo y el trato establecido con estas personas, pude distinguir que si bien, esta estrategia resulta útil para adquirir ciertos conocimientos y recomendaciones a implementar en su vida cotidiana, todas ellas siempre fueron establecidas por parte del personal en salud (médico o enfermera), lo cual continúa favoreciendo un tratamiento vertical en los sistemas de salud (Lázaro, 2006).

Esto permitió distinguir que si bien estos sujetos recibían una serie de recomendaciones y control minucioso de manera mensual, había personas que se resistían a implementar estas sugerencias debido a que su contexto inmediato era tan complejo, que les era imposible acatar las recomendaciones. Con lo anterior empezó a surgir una necesidad de recuperar la subjetividad y riqueza oral de estas personas.

El segundo interés provino de mi vinculación en foros y grupos relacionados con la obesidad no desde un posicionamiento biomédico, sino a través de un posicionamiento político emitido en los *fat studies* y del *fat pride* (Grosswirth, 2010) que señalan que si bien la obesidad se vincula con algunos problemas de salud, no se debe caer en el error de generalizar que todas las personas con estas corporalidades están enfermas y mucho menos que son incapaces de establecer un activismo crítico que promueva el respeto hacia todos los cuerpos.

Con la llegada a la maestría en Medicina Social pude distinguir cuáles eran los puntos medulares vinculados al tema del sobrepeso y obesidad en los diferentes niveles de la realidad social (macro, meso y micro). Si bien, una pregunta de investigación puede enfatizar un análisis más detallado en uno de estos tres niveles, indudablemente es necesario establecer la relación e importancia con los demás. Esto permite abordar un tema que es capaz de establecer una conexión entre la realidad inmediata (que muchas veces se nos presenta de manera caótica debido a que sólo contamos con una información segmentada de ella), la abstracción teórica y regresar a plantear una realidad de manera más organizada (Marx, 2001). Mediante este ejercicio es posible

entender un problema de salud desde una perspectiva más crítica que a su vez, permite establecer una discusión más integral y puntual sobre el tema.

Por lo mismo es importante señalar que la pregunta de investigación que orientó a esta tesis fue: ¿cómo se elabora actualmente una representación del sujeto obeso tras la aparición de la actual Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes?

Por tanto, la aproximación, abordaje teórico y metodológico sobre este tema exigió la necesidad de situarlo desde la dimensión subjetiva que se articula con una dimensión estructural que permanentemente lo condiciona.

#### **b) El camino previo para integrar a los entrevistados en la investigación**

En esta investigación se buscó trabajar con participantes que presentaran la característica corpórea del sobrepeso y obesidad y que laboraran en el Distrito Federal. Por lo mismo, en un primer momento se estableció como requisito básico trabajar en espacios de interacción alejados de las instituciones en salud.

Ante esta necesidad se buscó en distintas redes sociales integrarse a un grupo privado denominado *La gordo cueva* en los meses de Agosto y Septiembre de 2014. Aquí como primer requisito es necesario llegar a través de una invitación de uno de los integrantes del grupo. Posteriormente uno establece comunicación a través del *chat* con las administradoras quienes realizan el filtro para determinar si el candidato cumple con el objetivo del grupo que es: “reflexionar que el sobrepeso y obesidad es más que una enfermedad, es un modo de ser, de vivir e interactuar” (Gordocueva, 2013). Para esto, durante 10 días el candidato debe estar respondiendo preguntas como son: ¿qué entiendes por sobrepeso y obesidad? ¿Por qué deseas ingresar al grupo? ¿Qué puedes aportar al grupo? ¿Tienes conocidos (pareja, familiares, amigos con este tipo de característica? ¿Cómo ha sido la relación que estableces con ellos? ¿Qué actitudes consideras que son las más frecuentes que se hace hacia estos cuerpos? entre otras preguntas.



Una vez terminado el proceso de evaluación, se presenta al grupo al nuevo integrante en donde uno reitera el motivo por el cual se incorporó y qué puede aportar al grupo. Cabe destacar que los integrantes de esta comunidad cuentan con intereses muy variados que van desde imágenes e información cargada hacia una postura biomédica sobre el cuidado del cuerpo, hasta *post* referentes al cuerpo como un espacio de reflexión o resistencia.

El grupo de *La gordo cueva* cuenta con una población total de 137 integrantes provenientes de distintas nacionalidades y de diferentes edades (que van desde los 17 años hasta los 48 años). Son 2 mujeres las administradoras: la primera de ellas vive en el Distrito Federal y la segunda vive en Quebec (y es originaria del Distrito Federal).

En este grupo hay dinámicas específicas para cada día de la semana: Lunes de buenos días, hoy aprendí..., Martes quiero compartir mi experiencia favorable/desfavorable del día de hoy, Miércoles cachorro (donde se muestra que las personas con este tipo de corporalidades realizan diversas prácticas de su sexualidad), Jueves, Viernes y Sábados de *post* referentes al sobrepeso y obesidad y Domingo de familia (vinculado a la alimentación).

Es un grupo muy cerrado y cuidadosamente seleccionado a través de los diferentes filtros. No obstante cabe destacar que son personas muy cercanas, que llevan más de 2 años de conocerse virtualmente debido a las barreras geográficas de los diferentes integrantes.

### **c) Lugar de la entrevista**

Se establecieron espacios de interacción agradables para cada uno de los participantes. Fueron tres escenarios bajo los cuales se realizaron las diferentes entrevistas:

- 1) Espacios públicos
- 2) Espacio de trabajo
- 3) Casa del entrevistado

La elección de realizar las entrevistas semiestructuradas en estos espacios y no en otros se vincula a lo que Foucault considera como contraespacios. Para él, dichos lugares tienen el objetivo de ser “espacios diferentes, esos otros lugares, esas impugnaciones míticas y reales del espacio en el que vivimos” (Foucault, 2010:28).

Aquí el objetivo consiste en utilizar dicho entorno para reflexionar o realizar la práctica que socialmente puede ser cuestionada (ejemplo de lo anterior podemos encontrarlo en contraespacios como hoteles temáticos que implementan el uso de relojes donde el tiempo no existe, en los últimos vagones del metro donde se presta el espacio para el coqueteo o acercamiento, entre otros).

El contraespacio para esta tesis consiste principalmente en utilizar espacios públicos para reflexionar en torno a un cuerpo que socialmente es evidenciado. En estos lugares la prioridad radica en profundizar de un tema que se estigmatiza, utilizar un espacio común para hablar de un cuerpo que llama la tensión en la actual coyuntura.

Por lo mismo se definió trabajar en 3 escenarios para recabar la información:

- 1) Casa de los participantes (interactuando el fin de semana en que ellos descansaban de su jornada laboral).
- 2) Espacio público (parques), interactuando los sábados.
- 3) Oficina y centros aledaños (sólo fue una participante que se apoyó de su centro de trabajo para realizar la entrevista tras terminar su jornada laboral).

En cada uno de estos escenarios se buscó establecer un espacio de respeto, aprendizaje mutuo e interacción respecto a la corporalidad con sobrepeso y obesidad en la coyuntura en la que estamos inmersos.

#### **d) Conformación de los grupos de participantes en el trabajo cualitativo y características de la población**

Esta tesis, al ser de corte cualitativo, buscó profundizar en el tema de la corporalidad con sobrepeso y obesidad desde una propuesta teórica de las ciencias sociales. Por tanto,

fue necesario seleccionar una pequeña muestra propositivamente. Para esto, se buscó trabajar con integrantes de un grupo en redes sociales que tuvieran conciencia de su cuerpo, capacidad para analizar y reflexionar sobre lo que representa vivir con dicha corporalidad. De ahí que una de las características solicitadas para la muestra fue que presentaran desde hace más de 3 años esta corporalidad, lo anterior se establece con el objetivo de que los integrantes tuvieran mayor conciencia sobre lo que significa su cuerpo, los desafíos que se le presentan en su entorno inmediato y la vinculación que tiene con la estética corporal en el actual contexto.

Cabe destacar que por esta misma naturaleza, el componente cualitativo no busca la representatividad estadística ya que este tipo de estudios y métodos descansan sobre la calidad oral por parte de cada uno de los participantes. De ahí la necesidad de trabajar bajo un formato de entrevista a profundidad que muestra la enorme riqueza de la información que el análisis cualitativo puede ofrecer a este tipo de investigaciones.

Para esta tarea el apoyo y orientación de las administradoras representó un punto medular en la selección de la muestra ya que ellas sugirieron y apoyaron la invitación a 11 personas habitantes del Distrito Federal. No obstante, cabe destacar que sólo 6 personas aceptaron participar por cuestión de tiempo.

Debido a que los informantes presentaron similitud en edad, no se decidió agruparlos bajo este criterio. Por el contrario, se clasificó de acuerdo a los estándares internacionales sobre el Índice de Masa Corporal.

Para esto, previo a la entrevista cada uno de los integrantes proporcionó de manera anónima y voluntaria su peso y estatura para que de esta manera se estableciera su clasificación en el grupo de sobrepeso u obesidad<sup>2</sup>.

Las características de las personas entrevistadas fueron las siguientes:

---

<sup>2</sup> Cabe destacar que la fórmula para determinar el IMC es: peso (kg)/ altura<sup>2</sup> (m) de acuerdo con los criterios señalados por OMS (2015).

a) Personas con corporalidad con sobrepeso

- Cuyo Índice de Masa Corporal se encuentre entre 25 y 29%.
- 1 Hombre y 1 Mujer de entre 31 y 41 años.
- Que presenten un Índice de Masa corporal de 25% o más desde hace más de 3 años.
- Escolaridad mínima bachillerato, (preferentemente licenciatura).
- Que trabajaran en el Distrito Federal.
- Que en los últimos 5 años hayan acudido a consulta en alguna dependencia pública o privada en salud.
- Que acepten participar de manera voluntaria en el estudio y que permitan realizar entrevistas subsecuentes a manera de complementar la información obtenida en la primera intervención.

b) Personas con corporalidad obesa

- Cuyo Índice de Masa Corporal se encuentre entre 30 y 40%.
- 2 Hombres y 2 Mujeres de entre 31 y 41 años.
- Escolaridad mínima de bachillerato (preferentemente licenciatura).
- Que trabajaran en el Distrito Federal.
- Que presenten un Índice de Masa Corporal de 30% o más desde hace más de 3 años.
- Que en los últimos 5 años hayan acudido a consulta en alguna dependencia pública o privada en salud.
- Que acepten participar de manera voluntaria en el estudio y que permitan realizar entrevistas subsecuentes a manera de complementar la información obtenida en la primera intervención.

**e) Objetivos**

General:

Analizar las representaciones sociales que se conforman respecto a las corporalidades con sobrepeso y obesidad en el contexto de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.

Particulares:

a) Conocer los discursos que se elaboran en torno al cuerpo obeso y con sobrepeso a partir del discurso médico.

b) Distinguir cuáles son los intereses económicos y políticos que están atrás de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes.

#### **f) Primera etapa: valoración del instrumento y prueba piloto**

En el mes de Noviembre de 2014 se concretó el instrumento de entrevista semiestructurada con un total de 3 categorías de análisis divididas en 47 preguntas. Para esto, se consideraron los siguientes tópicos como ejes del análisis de la información:

##### *1. Reflexiones y análisis sobre la corporalidad*

Este rubro tenía como prioridad identificar cómo era definido el cuerpo con sobrepeso y obesidad por parte de los entrevistados. Posteriormente se cuestionaba sobre la comprensión de estas corporalidades en la historia del hombre, por lo que se les solicitó reflexionar sobre periodos en que esta percepción y aceptación social se había modificado.

Asimismo se buscó entender si esta característica corpórea es vivida de igual forma en hombres que en mujeres en el actual contexto, de ahí la necesidad de recuperar cómo era definido el peso para cada uno de los entrevistados.

Finalmente se buscó entender las partes del cuerpo donde detectan más fácilmente esta característica corporal y de ser posible, señalar si realizarían algún cambio y el por qué de su decisión.

##### *2. Los servicios de salud y la atención proporcionada a los participantes*

El tema de los servicios de salud resulta un punto medular en esta investigación ya que es uno de los principales momentos en donde se les señala y enfatiza esta característica corpórea. Por lo tanto, en este tópico se buscó obtener información referente al trato con el personal en salud, es decir, indagar sobre la atención recibida en consulta general, los comentarios que han recibido en torno a su cuerpo, las recomendaciones que han recibido en estas dependencias, las enfermedades que conocen que se asocia a estas corporalidades, el conocimiento de planes y programas en salud que enfatizan el sobrepeso y obesidad, así como adjetivos que se vinculan a estas características corpóreas.

### *3. Prácticas corporales y alimentarias establecidas por los entrevistados en su vida cotidiana*

El punto de las prácticas corporales y alimentarias establecidas por los entrevistados al interior de su vida cotidiana es otro punto esencial para entender cuáles recomendaciones han decidido implementar y cuáles no. De igual forma esto permite entender los motivos por los cuales han decidido realizar dichas modificaciones. Por lo tanto, aquí se buscó atender principalmente 2 aspectos: la dinámica cotidiana de las personas que siguen alguna recomendación en salud y las que no. Para esto, se valoraron aspectos como: alimentación, rutinas de ejercicio, tiempo dedicado a estas actividades, tipo de apoyo con el que cuentan, principales obstáculos que han presentado y motivos por los cuales modificaron o no estos aspectos en su vida.

Para dicha prueba piloto se trabajó con 2 entrevistados (uno de cada grupo). Posteriormente se realizaron modificaciones en algunas preguntas donde fue necesario puntualizar principalmente el tema y abordaje del cuerpo para que posteriormente se establecieran fechas de entrevistas que dan cuerpo a esta investigación. **(Véase anexo 1)**

#### **g) Durante las entrevistas**

Este trabajo se realizó en la Ciudad de México durante los meses de Noviembre de 2014 a Mayo de 2015 y se contó con el apoyo de 6 personas que actualmente laboran en esta

capital. Al final de las entrevistas se observó que todos los participantes contaban con el mismo nivel de estudios (profesional).

Es importante resaltar que aun cuando se tomó la guía de entrevista semiestructurada para llevar a cabo la intervención, en cinco de los seis casos fue necesario modificar el orden preestablecido debido a la riqueza oral de las respuestas emitidas por los informantes. Por lo tanto, fue necesario establecer un esquema mental por parte del entrevistador de manera que se distinguiera cuándo era necesario incorporar las preguntas sobre cierto tópico y cómo articular el nexo con los demás tópicos. Asimismo antes de concluir la entrevista se preguntaba al participante si deseaba incluir algún punto que no se hubiera presentado a lo largo de la entrevista y que considerara relevante. Cabe destacar que ninguno de los entrevistados agregó al respecto.

#### **h) Trabajo posterior a las entrevistas**

La duración de las entrevistas varió entre cincuenta y cinco minutos y dos horas con treinta y cinco minutos. En la mayoría de los casos la información fluyó de manera natural aunque hubo ocasiones en las que se presentaron pequeñas pausas principalmente en el escenario de los espacios públicos (parques) como consecuencia de algunos distractores (como perros que se acercaban por su pelota, niños que se acercaban al área de juegos o el encendido de la fuente).

El abordaje de los temas se presentó sin problemas o resistencia por parte de los entrevistados. Por el contrario, aportaron gran riqueza en las respuestas proporcionadas. Todas las entrevistas fueron almacenadas en una grabadora digital Sony que resultó de gran ayuda para la recuperación y transcripción del audio.

Las entrevistas fueron capturadas y analizadas con apoyo del procesador de textos Microsoft Office Word 2010. En la captura se iba señalando los temas que aparecían en el discurso de las entrevistas por lo que fue necesario incluir estas subcategorías de análisis.

De igual forma se recuperó momentos que detonaron emociones generadas al interior de la entrevista como alegría (mediante risas), preocupación (mediante un recuerdo muy

puntual y su vínculo hacia dicho detonante), enojo (hacia un recuerdo o comentario hacia su persona en específico), entre otros.

Al finalizar la entrevista se escribían algunas notas en una cédula de identificación del entrevistado con el objetivo de obtener de manera más precisa los acontecimientos más relevantes en dicha intervención.

### **i) Criterios éticos en la investigación**

Toda investigación debe recuperar siempre el aspecto ético del trabajo. En este caso, se buscó en un primer momento contar con una carta de consentimiento informado por cada uno de los participantes del estudio (**véase anexo 2**). Con esto se buscó obtener por escrito la autorización para recabar y analizar la información pertinente al estudio.

Aunado a esto todos los entrevistados fueron informados antes de iniciar la entrevista de qué se trataba la investigación, en qué consistía su participación y cómo serían utilizadas las respuestas emitidas. De igual forma se señaló que posterior a la realización de esta tesis, todos los audios serían destruidos.

El tema de la confidencialidad representó un punto primordial en las entrevistas ya que era necesario aclarar que la información proporcionada sería anónima por lo que para la intervención se guiaría de acuerdo a un seudónimo de su elección. Asimismo se señaló que sólo el investigador tendría conocimiento de su verdadera identidad. Posteriormente dichas estas especificaciones, se solicitaba la autorización para grabar.

## **2. Análisis y discusión**

### **a) Aportes y reflexiones sobre las corporalidades**

El cuerpo representa una pieza medular para este estudio ya que como se ha venido planteado, es la primera forma como nos presentamos con nuestros semejantes. El



cuerpo es el elemento fundamental sobre el cual se realiza toda acción tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

Es importante recordar que el cuerpo es resultado de la conjugación de dos bases: una de corte biológico y la otra social. En la primera el cuerpo está en constante transformación, por tanto, aquí es visto de manera más aislada ya que lo que se busca entender es su funcionamiento, su evolución, los motivos por los cuales envejece, enferma y ocasiona su muerte. Su otra base es la social y esta representa una mayor complejidad ya que es a partir de ella como el hombre adquiere una serie de conocimientos, estrategias y contenidos a partir de la colectividad. Por tanto, estos nuevos saberes responden únicamente al contexto inmediato. Es justo en este momento donde se incorporan nuevos significados de las “palabras, pero también gestos, y ademanes, un conjunto de rituales corporales que cuentan con la adhesión de los otros. A través de su corporeidad, el hombre hace que el mundo sea la medida de su experiencia. Lo transforma en un tejido familiar y coherente disponible para su acción y permeable a su comprensión” (Le Breton, 2002:8).

Y es a partir de esta base donde se transmiten y aprehenden acciones para actuar en el contexto inmediato. Si bien, este punto se desarrolló de manera más puntual en el segundo capítulo (donde se detalló la transición desde finales de los ochenta hasta la actualidad), hay que tener presente que dicho contexto ha jugado un papel fundamental para los entrevistados de esta investigación ya que al encontrarse posicionados en este marco de referencia existen innegablemente aspectos sociales, políticos y culturales que han influido de manera sustancial en su definición del cuerpo.

Como primer punto es importante desarrollar los elementos que definen actualmente a las corporalidades con sobrepeso y obesidad. Para esto me apoyaré en fragmentos de las entrevistas que serán complementadas y discutidas con la propuesta teórica.

En relación a la percepción social que se tiene hacia estas corporalidades se encontraron similitudes en las aportaciones de los dos grupos de participantes. De acuerdo con ellos, existe hoy en día una lista de adjetivos negativos que se asocian a estos cuerpos:

“Si eres gorda eres fea, no eres nada atractiva (...) o sea de que no hay otra característica más que este cuerpo muy grande ¿no? Flojera, descuido, irresponsabilidad, falta de disciplina, impuntualidad, incluso estar tontas, estar necesitadas de amor, deprimidos, inestables, poco asertivos, obsesionados con la comida, pobres, buena persona, incapaz de sentir envidia, chistosa o sea no agradablemente sino chistosa, que no siente envidia” (Alita, 28 de Marzo de 2015, espacio público).

“Bueno la primera es gordo, es que el gordo o que se expresen y digan ¡ay es que ese wey está bien puerco! ¿No? O bien marrano o cosas así entonces todas esas cosas las asocian con la persona que tiene sobrepeso (...) es puerco o marrano pues porque es un animal de granja que siempre lo están alimentando, que está en engorda pues se asocia mucho con la persona que es obesa” (Merol, 3 de Enero de 2015, casa del entrevistado).

“ser obeso tiene una serie de estigmas que va también a la gente te quita valores ¿no? A las personas. Cuando eres obeso te quita esos atributos que tenías por ser delgado, la idea de agilidad, de rapidez, de eficiencia ¿no? (...) Y yo creo que también pues sobretodo también para decidir entre cuerpo esbelto o cuerpo obeso pues también tiene una carga cultural ¿no? Porque además ahora cuando uno se empieza a dar cuenta que las medidas corporales son muy importantes como que también hay una serie de cuestionamientos sobre si el cuerpo obeso es verdaderamente sano ¿no? (...) por ejemplo una muy importante que se me hace es que las personas obesas somos flojas, o sea que eres obeso porque eres flojo, porque no te mueves, porque claro haces mucho menos cosas de los que son delgados” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

Y cabe destacar que esta asociación está fuertemente cargada por la connotación coyuntural en la que nos encontramos. Desde finales del siglo pasado, la OMS estableció una definición (socialmente compartida por diferentes países) de lo que debe entenderse y asociarse en relación al sobrepeso y la obesidad. Es justo en este periodo donde se señala la importancia de mantener un adecuado IMC con el objetivo de evitar riesgos a la salud, por tanto, se enuncia como enfermedad: “Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad” (OMS, 2015:2).

Y para el caso concreto de nuestro país, estos criterios han sido incorporados de distintas formas por parte del Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud. Cada uno ha establecido una estrategia para vigilar a las personas que presenten estas cifras que se presentan de manera más frecuente en la población adulta. Lo anterior, ha promovido la aplicación de la actual Encuesta Nacional de Salud y Nutrición y otros programas implementados desde el 2004 como son el PREVENIMSS, PREVENISSSTE, 5 pasos, entre otros.

Todas estas acciones han llegado a la conclusión de que existen tres grandes grupos de edad que presentan estas enfermedades: niños, adolescentes y adultos. Cabe destacar que este problema es más crítico en niños y adultos quienes presentan el primer lugar de obesidad abdominal.

Es en este contexto donde estas corporalidades son señaladas como enfermas, es decir, en el momento en el que presentan alteraciones corporales fácilmente distinguibles (mediante la vista), representan dos problemas: el primero de ellos es un reto en atención hospitalaria y el segundo “constituye una pesada carga económica para los sistemas de salud, sujetos y por otra parte las fuertes pensiones, y acarrear grandes costos para la sociedad” (OMS, 2004:3).

El tema de los calificativos asociados a estas corporalidades representa un tema de interés. Los entrevistados de los dos grupos coincidieron en que los adjetivos con los cuales son asociados actualmente se vincula a mostrarlos como sujetos con poca capacidad para realizar sus actividades. Es decir, se reduce la capacidad y cualidades de la persona a su característica corpórea, se piensa que su dimensión corporal es una limitante para realizar actividades cotidianas. De ahí la insistencia de que estos cuerpos deben modificar ciertas prácticas (en alimentación, ejercicio y vida cotidiana) para que puedan responder a las exigencias sociales (vinculadas a la estética corporal que menciona Le Breton).

Por tanto, en nuestro contexto el sobrepeso y la obesidad adquieren el significado de enfermedad. Como lo señala la entrevistada:

“Tiene otro significado, antes la gordura representaba bonanza económica (...) estoy pensando en Francia posrevolucionaria (...) a partir del siglo XX las cuestiones del cuerpo se tienden a reducir los tamaños de los cuerpos, digamos el volumen de los cuerpos, es como una parte, pienso en las computadoras que antes eran de un cuarto entero y ahora nada, es como hacer las cosas más pequeñas pero sí en cada época tiene que ver mucho con el concepto de belleza ¿no? O sea ¿cuál es el concepto de belleza? Tiene mucho que ver justamente con el contexto pero también desde ahí se construye lo que es bello, lo que no es bello, lo que es aceptado o no” Alita, 28 de Marzo de 2015, espacio público).

En relación a este último punto Le Breton señala que la modernidad ha influido en la concepción y definición de belleza asociada al cuerpo. La llegada del siglo XXI muestra

una de las principales problemáticas a la que nos enfrentamos: la individualidad por encima de los intereses de la colectividad. Lo que está en juego ahora es todo aquello que “emana de las sensaciones y seducción (Le Breton, 2002:91) y esto ha generado un mayor apego hacia el cuerpo, a la manera en que se presenta el sujeto hacia los demás y esto lo hace mediante “la ropa, cosméticos, prácticas físicas, etc., forman una constelación de productos codiciados para proporcionar un “palco” en el que el actor social cuida lo que luego permite que se vea de sí mismo” (Le Breton, 2002:82). Lo anterior ha sido apoyado en parte por grandes campañas de mercadotecnia donde se exhiben cuerpos que se caracterizan por “imágenes, valores y modelos del cuerpo propuestos por la publicidad (...) existen diversidad de modelos desde los que las mujeres se miran y se valoran” (Cáceres, 2008:195)

Por lo que cabe enfatizar en torno a este punto la importancia de la base social del cuerpo que a diferencia de la biológica que tiene un proceso más largo y continuo, el social se caracteriza por una serie de cambios abruptos y significativos en la vida de las personas. Dicho de otra manera, cada día se modifica el entorno social y con ello las acciones e intereses históricos responden a necesidades muy puntuales. La modernidad ha traído consigo posicionar a las necesidades individuales sobre las colectivas, como señala Le Breton, se utiliza al propio individuo cada vez más como “su propio referente, a buscar en sus recursos propios lo que antes encontraba en el sistema social de sentidos y valores en que su existencia se inscribía. La búsqueda es individual” (Le Breton, 2002:92).

De igual forma, el actual contexto en el que nos encontramos ha promovido características corporales que son buscadas o idealizadas por algunos sectores de la población. En torno a este punto, los dos grupos de entrevistados coincidieron en que el cuerpo socialmente aceptado debe cubrir los siguientes aspectos:

“Tiene que ser una persona delgada (...) pasable, ahorita ya tiene que estar delgada, guapa, casi casi finita de la cara si se puede anoréxica casi casi mejor ¿no? Incluso para mi trabajo, yo trabajo para HSBC y para las recepcionistas me solicita que la persona esté guapa y que tenga buen cuerpo porque es la imagen de la empresa, es la primera imagen de la empresa entonces sí tiene que estar, no 90-60-90 pero si tiene que estar delgada, tiene que tener una cara pues bonita aunque esté media mensa pero también que esté bonita” Laura, 3 de Enero de 2015, casa de la entrevistada).

“Una persona que es socialmente aceptada generalmente son las personas delgadas, son más aceptadas que una obesa o con sobrepeso (...) son más aceptadas porque digo el estándar de belleza y el estándar de buena persona o de salud actualmente es una persona delgada, las personas atractivas gracias a todo el bombardeo mediático que sufrimos son muy delgadas, los modelos son muy delgadas, los varones son bastante andróginos que no guardan como una compostura de cuerpos, son cuerpos muy delgados entonces las personas delgadas desde que hacen su vida hasta bueno, me refiero a jóvenes hasta que ya son adultos las personas delgadas tienen más éxito. Las cosas están hechas para personas delgadas o sea todo está hecho para personas delgadas, la ropa, el entretenimiento, el sexo, o sea todo está hecho para personas delgadas por eso encajan, no sé si me explico” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

Lo anterior lleva a plantear que la percepción que se tiene respecto a las corporalidades con sobrepeso y obesidad no ha sido unánime ni estática a lo largo de la historia del hombre y de acuerdo con las aportaciones orales por parte de los entrevistados, existen 2 factores que están fuertemente vinculados para entender dicha transición: 1) coyuntura histórica y 2) el sexo (vinculado al género):

“Eh si yo creo que si ha habido diferencia de hecho yo he visto bueno películas viejitas o de otros años donde hay personas obesas y no este, digamos no se les ve mal digamos la sociedad no los veía mal (...) años atrás cuando veían a los niños gorditos: “!Ay está lleno de vida!” o “mira está muy bonito, come muy bien” o cosas así cosa que en estos tiempos actuales pues ya no digamos si una familia tiene un niño gordito: “no es que no lo estás alimentando bien” o “ya tiene sobrepeso” o “te va a presentar problemas físicos” o cosas así entonces yo veo que la sociedad actualmente impone mucho el que “tienes que estar delgado para estar sano” ¿no? (...) Yo creo que el ser gordito en el hombre no es todavía como tan mal visto ¿no? Como que la sociedad o lo vemos así un poquito más normal y de hecho uno lo toma así como si fuera más normal, en el caso de la mujer creo que si les afecta un poquito más los, pues los estatus de la sociedad porque el simple hecho de que le digas a una mujer que está gorda pues se molesta ¿no? O se deprime o cosas así y el hombre pues no tanto. Entonces yo creo que sí hay una diferencia” Merol, 3 de Enero de 2015, casa del entrevistado).

“Lo que a veces pasa es que las mujeres obesas siempre hay una idea incluso desde fuera de victimizar el cuerpo obeso ¿no? Es que es obesa y entonces pobrecita, entonces tienes unas carencias que por ejemplo cubres con la comida (...) Pero sí en el caso de las mujeres creo que a veces es más contundente decir que te muevas en un círculo donde la mayoría son mujeres delgada y tú eres obesa eso, incluso yo sí he sentido en momentos con grupos de amigos incluso si hay una protección como distinta ¿no? Porque hay esta idea de que como eres obesa los ataques son como más incisivos entonces sí hay como esta idea de protección” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

“No se han visto igual desde mi punto de vista ¿Por qué? Bueno siempre ha habido personas gordas, personas muy gordas (enfatisa) digamos dividiendo obeso y sobrepeso ¿no? Siempre han existido pero la percepción que se ha tenido no es la misma creo que antes un obeso no era visto tan mal (...) inclusive en algún momento las mujeres con sobrepeso es decir más gorditas, más llenitas, con cuerpos diferentes eran consideradas como atractivas no que en la actualidad son

consideradas como personas obesas, personas no bellas, personas gordas o sea personas mal vistas ¿no? Cuando antes eran personas bellas” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

“Tiene otro significado antes la gordura representaba bonanza económica (...) cada característica tiene su relación con el contexto histórico que estamos viviendo y lo que sí es definitivo es que a partir del siglo XX la cuestión del cuerpo, se tiende a reducir las dimensiones de los cuerpos, digamos el volumen de los cuerpos” (Alita, 28 de Marzo de 2015, espacio público).

Y lo anterior se vincula con lo que plantea Le Breton respecto al cuerpo en la modernidad ya que lo que está en juego en esta coyuntura es la búsqueda de una identidad que sea capaz de adecuarse a las exigencias sociales de la época, por tanto, el sujeto ha incluido en su rutina cotidiana nuevas acciones que promueven un cuerpo higienizado, distanciado de toda animalidad, de todo mal olor, “de secreciones, la edad, el cansancio” (Le Breton, 1995:131). Ahora el cuerpo es presentado como algo “limpio, neto, joven, seductor, sano, deportivo. No es el cuerpo de la vida cotidiana” (Le Breton, 1995:132).

Y esto se combina con su base biológica bajo la cual surge un lenguaje científico muy puntual en donde a partir de diversos criterios de medición corporal, se evidencia la enfermedad de estos sujetos.

Por tanto el sujeto es entendido y evidenciado como un individuo enfermo de acuerdo al lenguaje médico que difunde una necesidad de realizar modificaciones en la vida cotidiana debido a que estas características corpóreas se asocian a otra serie de padecimientos como son:

“diabetes, enfermedades cardiovasculares, problemas en las articulaciones, hipertensión y cáncer, cáncer de mama, cáncer de ovario” (Alita, 28 de Marzo de 2015, espacio público).

Y es justo en este contexto donde el tema del sobrepeso y la obesidad adquiere un reto mayor ya que no sólo la población que presenta esta característica corpórea ha aumentado en los últimos años, sino que además el presupuesto que se destina. Para el año 2008 el gasto ascendía a 42 miles de millones de pesos, lo anterior, como resultado

de atender alguna de las 14 complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad. De igual forma, el gasto indirecto para ese mismo año fue de “25 mil millones de pesos. En el 2017 se estima que el costo directo fluctúe entre 78 mil y 101 mil millones de pesos de 2008 y el indirecto entre 73 mil millones y 101 millones de pesos de 2017 si no se aplican intervenciones preventivas intersectoriales costo-efectivas” (Secretaría de Salud, 2013:21).

En relación a este tema, en el siguiente apartado se discutirá la relación de los servicios de salud hacia estos cuerpos.

#### **a) Los servicios de salud y la atención hacia las corporalidades con sobrepeso y obesidad**

Desde finales de los años ochenta, diferentes Organismos Internacionales en salud han implementado una serie de programas que enfatizan el tema del sobrepeso y la obesidad. En el caso concreto de nuestro país, en 1998 aparece la primera Norma Oficial Mexicana (NOM-174-1998) para el manejo integral de la obesidad con el objetivo de “establecer los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad” (NOM 1998:3).

Posteriormente dicha norma puntualizó algunos aspectos que dieron origen a la Norma Oficial Mexicana del 2010 (NOM-008-SSA3-2010). Con lo anterior, se establece que todos los pacientes que presenten sobrepeso u obesidad, cuentan con acceso para atender alguna de estas características corpóreas.

En ambas normas se especifica el equipo con el que se cuenta para atender a estos sujetos tanto en el capital humano como en el hospitalario. Dentro de los puntos principales cabe recordar que se encuentran: a) médicos generales b) atención complementaria del personal en salud (como son enfermeras, médicos especialistas, nutriólogos y psicólogos) c) básculas d) estandímetros e) cintra antropométrica i) exámenes de evaluación corporal y en casos extremos j) cirugía bariátrica<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>Este punto fue detallado de manera más extensa en el primer capítulo en el apartado quinto titulado: La obesidad y su vinculación con políticas públicas, en este capítulo se recuperan aspectos medulares a fin de

En el año 2013 surge la actual Estrategia Nacional para el Control y Prevención del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes que si bien enfatiza las cifras alarmantes que presenta la población mexicana, de igual forma establece la atención con el mismo personal con el objetivo de trabajar para disminuir los costos económicos que van en aumento.

Respecto a las aportaciones orales brindadas por los entrevistados, cabe señalar que de manera unánime recuerdan cuando menos alguna campaña en salud respecto al sobrepeso y la obesidad:

“Pues la del IMSS, la del ISSSTE la de “muévete, mídete, actívale” ¿no? Que eso es ahorita como lo más sonado contra la obesidad, es una campaña publicitaria que está ahí en contra de fomentar estos hábitos ¿no? (...) es como muy común esa propaganda, la pasan en el radio a cada rato, igual en la televisión” (René, 3 de Noviembre de 2015, Espacio público).

“He visto mucho así de que aliméntate sanamente, el típico de aliméntate sanamente, el de la diabetes lo he visto que lo relacionan con la obesidad, la diabetes la asocian mucho con la obesidad este pues de los que me acuerdo son nada más esos” (Laura, 3 de Enero de 2015, casa de la entrevistada).

“El que más más recuerdo es el de chécate, mídete, pésate y además hace poco fui a un curso-taller de marketing social y estábamos hablando de cómo hacer una campaña para diferentes cosas ¿no? No tenía que ver con eso pero siempre llegan al punto ¡o sea! (exclama enfadada) en la Secretaría de Salud aunque estén hablando de gatos llegan a la gordura entonces de mil ejemplos escogen ese como una súper mega campaña maravillosa (...) no es porque el que todo mundo la cante significa que todo el mundo estén haciendo prácticas al respecto (...) está esa y está otra que salió hace como 3 años que yo no la vi en la tele en audiovisual, yo la vi en el metro en carteles en particular, que pusieron algo así como 7 de cada 10 mexicanas o mexicanos sufren de obesidad, o sea eso de “sufren” o “padecen” (...) hay otras formas de decirlo (...) las personas son más que eso, las personas viven con esa característica como viven otras otra cosa, las personas viven con esa característica, no las define” (Alita, 28 de Marzo de 2015, Espacio público).

“Las que recuerdo son más recientes, ésta de métete en cintura, muévete, pero de niña o adolescente bueno, PrevenIMSS que es también más reciente (...) pero que hacía hincapié a todos que era come frutas y verduras pero yo me acuerdo también que antes las campañas eran enfocadas a que si bajabas de peso te sentías mejor y creo que ahora las campañas son de baja de peso para como tú como sujeto puedas ser legítimo (...) Creo que son a veces como muy grotescas o agresivas porque insisto, ven a la obesidad como esta cosa como muy anómala, como incluso de abominación porque si te fijas también en la publicidad son estas grandes mesas donde se sientan ahora sí que una ola de gorditos entonces hay o sea hay una cantidad de comida que dices quizá los hay pero quizá no” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

---

que sean analizados con base en las aportaciones orales de los entrevistados que participaron en esta investigación.



Con las anteriores aportaciones es conveniente recuperar otro punto medular que se vincula en la atención a las corporalidades con sobrepeso y obesidad, a saber la atención recibida en los servicios de salud.

Para esto es importante recordar que al interior de las Normas Oficinales y la actual Estrategia se plantea trabajar a partir de dos componentes: a) infraestructura humana b) y hospitalaria de acuerdo a tres pilares:

1. Salud pública. La propuesta se encamina en el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológico mediante un Observatorio de las enfermedades no transmisibles con el fin de monitorear el comportamiento de casos como: diabetes, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad. Por tanto, se impulsa crear una base de datos a nivel nacional para establecer políticas en salud con mayor impacto.
2. Atención médica. El personal en salud deberá trabajar y fomentar estilos de vida más saludables, promover la actividad física de manera constante y manejar y atender las emociones de estos pacientes.
3. Regulación sanitaria. En donde se establecen las políticas para regular los alimentos, publicidad y política fiscal referente al valor nutricional de los alimentos consumidos por la población.

En relación al primer pilar, cabe destacar que actualmente el Observatorio no está en funcionamiento. No obstante, los otros dos pilares sí lo están desde finales de los años ochenta y principios del siglo respectivamente, por lo que hay algunos señalamientos a hacer de cada uno de ellos.

Del primero que se hará referencia es en torno a la atención médica. Aquí, las políticas en salud establecen el tipo de personal que debe trabajar al interior de las UNEME's (Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas) y otros centros. La atención proporcionada debe provenir de varias disciplinas tales como: medicina

general, médicos especialistas (como el bariatra que evalúa su intervención en los sujetos que presentan obesidad mórbida), enfermeras, nutriólogos y psicólogos.

Cabe destacar que la totalidad de los entrevistados habían tenido alguna experiencia respecto a la atención médica brindada. Respecto a la atención médica se encuentran los siguientes testimonios:

“Las veces que he ido al doctor ha sido por una gripa o por alguna diarrea o por un vómito por algo que no me cayó entonces cuando por lo regular voy es por eso (...) pero desde antes de ya entrar a la consulta las enfermeras ya están diciendo “usted está muy pasado de peso, pase a medicina general”, entonces pues las veces que he ido siempre me pasan a medicina general pues me checan el peso “que está usted muy pasado de peso” y con la cinta métrica vez que te checan la cintura “¡no es que sí! Usted ya está propenso a la diabetes” que no sé qué (exclama) y luego ya me hicieron un examen de sangre, de glucosa, de azúcar, bueno que es lo mismo glucosa ¿de qué más hacen? De colesterol y bueno, de todo salgo bien, de presión hasta me dicen: “¡es que de todo sale bien! (exclamando a forma de sorpresa) pero pues está muy pasado de peso, tiene que bajar de peso y tiene que estar bien porque se va a enfermar o así como está se va a morir de un infarto” (...) como que me quieren impactar (...) doctor me ha dicho que estoy pasado de peso y que puedo tener riesgo de diabetes, cosas así pero en todas las que me han hecho exámenes pues en todas salgo, pues salgo bien” (Merol, 3 de Enero de 2015, casa del entrevistado).

“¡siempre me mandan hacer que la prueba del azúcar, que la prueba de la hipertensión, o sea siempre. Hace poco tuve que ir y lo primero que me dijeron fue que cómo estaba del azúcar, que cómo estaba de la presión, pues yo siempre he tenido la presión baja, la azúcar la tengo bien, también eso lo hago esporádicamente pero sí lo hago pero siempre sí, cualquier médico me dice que te tienes que checar ¿no? Porque además siempre manejan la idea de que estás en riesgo y además tu riesgo es mayor que el de todos los demás o sea siempre esa idea del riesgo (...) y eso a mí me provoca cierta paranoia o sea si me como un trozo de algo me voy hacer diabética cuando en realidad te digo que yo creo que no o sea sí tiene que ver que te hagas diabético porque consumes cierta comida ¿no?” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

“Inclusive para hacerme estudios generales “no pues ¿para qué te hago un estudio? Si estás gordo”. Sí obviamente sé que estoy gordo, me veo todos los días en el espejo, veo mi ropa, sé que estoy gordo. Vine aquí hacerme un estudio general y que me digas qué tan dañado está mi cuerpo, no que me digas que estoy gordo, eso es obvio” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

“Fui al doctor (...) empecé a decirle muchas cosas y me manda los estudios y bueno ahí me dice estas bien pero en la hormona T3 aparezco 3 puntos por arriba del estándar y le digo ¿esto no es raro? ¡Ay no, es muy poquito! Lo que pasa es que la gente gorda dice que tiene mal la tiroides para no disciplinarse (...) y me dijo: “y eres hipertensa” (enfátiza). Entonces yo dije ¡zas! (...) en el momento me preocupé, no me culpabilicé, me preocupé pero también dije es que si no me revisan la tiroides probablemente todo eso, pero nunca me dijo que tenía los triglicéridos muy bajos y nunca me dijo que mi colesterol estaba mucho más bajo. Me regañó por todo lo demás (...) entonces me medicó, me mandó quién sabe qué para la presión y metformina, (...) y me dijo esto es para la diabetes (...) entonces al tercer día que yo tomé estos medicamentos mis manos se pusieron como guantes de béisbol: enormes, rojas y con granos duros y decía ¡en la madre! ¿Qué

me está pasando? (...) entonces fui dejando poco a poco la metformina porque además le hablé a la médica que era particular y me dijo ¡no la vayas a dejar!” (Alita, 28 de Marzo de 2015, espacio público).

En relación a la atención médica proporcionada en los servicios de salud hay varios puntos sobre los cuales es conveniente reflexionar. El primero de ellos es que el sujeto empieza a evaluarse antes de pasar a consulta. Dicho primer filtro generalmente es responsabilidad de los enfermeros quienes “midan y evalúan” la corporalidad en la sala de espera.

Para dicha tarea, se apoyan de una serie de mediciones (de tensión arterial, circunferencia abdominal, peso corporal, glucosa, entre otras). Con estos resultados determinan y enuncian al personal de salud la situación del paciente que pasará a consulta. Aunado a esto, dicho personal enfatiza al sujeto que debe cuidar su salud, es decir, enuncia desde la pre consulta, la responsabilidad que tiene que asumir en su vida cotidiana.

Por tanto, en consulta, el médico apoyará y enunciará su diagnóstico considerando la evaluación previa a consulta. De tal forma que a partir de estas intervenciones se asocia al cuerpo otro tipo de enfermedades (como en el caso de la entrevistada *Alita* quien se diagnosticó y trató como diabética y tuvo repercusiones tras la medicalización).

En pre consulta (enfermería) y consulta (médico general), el sujeto se ve inmerso en una dinámica medicalizada y farmacodirigida. A partir de su característica corporal se establecen indicaciones que deben ser seguidas por el sujeto que nuevamente, debe hacerse responsable por cambiar su situación. El sujeto se convierte justo en este momento, en un ser pasivo, atento y que escucha, con poca o nula capacidad de decisión o hacer valer sus derechos por lo que debe acatar las indicaciones del personal en salud que, en términos de Foucault, es el que ostenta el conocimiento biomédico y el control sobre el cuerpo.

Aunado a esto, cabe recuperar la intervención del médico bariatra. Éste es uno de los principales especialistas al que son enviados los casos de obesidad mórbida con el objetivo de realizar cirugías que fomenten la reducción del peso. En el caso de los

entrevistados, sólo uno un caso que consideró dicha intervención y, como se ve, fue una sugerencia dirigida por una de sus hermanas profesionistas del sector salud:

“Al principio una de mis hermanas (la enfermera) me dijo: “sabes qué pues estás muy gordo pues vamos hacer una operación” yo dije no espérame, operaciones ahorita no, mejor lo intentamos con dieta y funcionó, ya más adelante con la cantidad de sobrepeso que yo tuve le comenté a varias personas que quería buscar opciones, me dijeron que la operación era una buena opción y la verdad yo siempre he tenido miedo a este tipo de operaciones ¿no? Entonces dije bueno vamos hacer un último intento para ver que tanto podemos bajar con dieta, ejercicio y demás” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

Cabe destacar que este entrevistado conforme avanzó la entrevista señaló que la intervención con una cirugía no es la respuesta a la obesidad, por el contrario, él encontró una serie de prácticas corporales que han ayudado a reducir su peso corporal,<sup>4</sup> mismas que serán recuperadas en el siguiente apartado.

A su vez, los entrevistados de ambos grupos también comentaron que habían acudido en algún momento de su vida a una valoración con nutriólogos o dietistas. La intervención de estos dos profesionistas es una parte medular de la Estrategia y anteriores programas en salud con énfasis en el sobrepeso y obesidad. Dentro de las entrevistas, cabe recuperar las siguientes aportaciones:

“Llegué, me observó y me dijo: “muy bien muchachote súbete a la báscula”, me empezó a preguntar mis actividades, rutinas, trabajo, qué comía, bueno desayuno, comida, cena, antecedentes, me pesó. Pues sí fue bastante como alarmante ver que tenía 155 kilos en mí y de ahí fue un proceso en que me dijo mira vamos a ver si no es una cuestión de la tiroides o alguna cuestión que esté dañando tu metabolismo y demás y empezamos con, con la dieta ¿no? Al principio bajé muy poco, bajé 3 kilos, ya ahorita son más, son 10 kilos menos y pues ha sido un trato bastante amable, es un trato bastante light el médico, no te impone una dieta que te mata de hambre, que ese es un miedo que tenemos todos ¿no? (...) te enseñan a comer bien y te enseñan a no sufrir hambre (...) la pinza te la pone en las alas de murciélago, te miden los brazos, o sea te miden el grosor de los brazos, con una cinta métrica te mide el abdomen, te mide la grasa que tienes en las piernas (...) y te toma fotografías para ver el avance ¿no? O sea te pide que te quites la chamarra, la camisa y vas viendo el cambio ¿no? Que va sufriendo tu cuerpo en ese lapso (...) Él considera bueno y por la experiencia que yo he tenido (suspira) que lo más fácil es bajar hasta 100 kilos.

El dietista me dio pues una dieta bastante estricta, ¡muy estricta! (enfatisa), si bajé muchísimo de peso, bajé 25 kilos (...) cada vez que iba con él no cambiaba la dieta era lo mismo, entonces fueron 7 meses, 6 meses con la misma dieta ¡horrible! (exclama) ¡muy exigente! Y dije no sabes qué ¡ya!” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

---

<sup>4</sup> Por cuestiones de presentación de los resultados este punto se recuperará y desarrollará en el siguiente apartado.

“Bueno en primera, bueno fue porque me mandó el médico que me atendió y luego noté algo muy fuerte, ella se había hecho nutrióloga porque había sido obesa entonces lo primero que te decía era muy bueno pero no en función de que tú quisieras aprender otros hábitos alimenticios, sino era muy bueno porque tú has ido porque has querido dejar de ser obesa y me acuerdo que hasta te mostraba fotos y mira cómo yo era y cómo soy ahora ¿no? (exclama) (...) para mí fue algo como incómodo porque decía bueno, yo vengo aquí porque me manda el doctor, porque sí tengo que hacer algo porque pues sí me sentía mal pero era porque él decía pues es que tienes que bajar tus niveles hormonales porque están muy dispares entonces yo llego ahí para que me den una dieta y lograr que el hipotiroidismo disminuya pero cuando llego ahí te digo que lo fuerte era que ella se había hecho nutriólogo porque ella era obesa. Entonces pues ella siempre estaba bajo la lupa de sí misma, es decir, ella era una obsesiva de sí misma, es decir, ella se pesaba todos los días (...) ella me midió los brazos, la cintura, el abdomen, los niveles de grasa, todo desde cintura, de grasa, de brazos (...) y además te lo iba poniendo en tu expediente: la semana 1: midió tanto y pasaban no sé creo que 15 días y te medía otra vez y te decía ¡ah! Bajaste 2 centímetros” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

Estas reflexiones llevan a plantear la importancia de analizar el cuerpo desde la teoría social. Si bien estos especialistas trabajan con el objetivo de disminuir las mediciones corporales de los sujetos que acuden a consulta, su intervención se enfoca sólo en contemplar el lado biológico del sujeto dejando fuera su base social que es la que indudablemente se vincula para entender los motivos por los cuales, justo en esta coyuntura, estos sujetos son incorporados a las prácticas en salud de manera tan enfática.

La intervención de esos especialistas nuevamente muestra el trato medicalizado y dirigido que debe ser incorporado por los sujetos que son vistos como “indisciplinados”, dejando fuera uno de los aspectos más importantes, el social. Es necesario emitir recomendaciones, planes o programas en salud no de manera general (como sucede en los programas federales), por el contrario, se debe considerar la situación del sujeto, las capacidades de él (tanto en el aspecto económico, social, físico, entre otros), necesidades específicas para acompañar el proceso (y no la enfermedad que se viene manejando en el nivel biomédico).

Aunado a esto, es importante considerar que todas las corporalidades son únicas y tienen necesidades, cuidados, atención y aprendizaje propios. Esto fue uno de los temas recurrentes que saltaron en las entrevistas. Dicho de otra forma, los entrevistados enfatizaron que hay casos muy puntuales en que esta corporalidad ha sido una constante a lo largo de toda su vida, pero también existen casos precisos en que su cuerpo se

modificó como resultado de diversos acontecimientos que se presentaban en su entorno inmediato.

En el caso del grupo de los participantes con sobrepeso cabe señalar las siguientes aportaciones:

“Sí por supuesto (enfátiza), la cintura la tenía más marcada, no tenía papada (se ríe), definitivamente mi cara si estaba más delgada, nunca ha sido una cara fina pero sí ha estado como más delgada en cuanto a los brazos, en esta parte de abajo (...) Que ya crecieron los brazos cuando antes lo tenía delgados, los tenía firmes pero delgados ¿no? Entonces eso y también que tengo celulitis aquí debajo de las piernas (señala la parte posterior al muslo) es donde más se me marca” (Laura, 3 de enero de 2015, casa de la entrevistada).

“Yo tomaba mucha cerveza para agarrar cuerpo, yo antes era muy muy flaco y no agarraba peso ni cuerpo. Entonces llegaba yo a comer a tu casa y este no agarraba yo peso entonces diario me propuse a tomar una caguama diario después del entrenamiento y no agarraba yo peso, dejé de hacer ejercicio, no agarré peso yo seguía piteando pero a raíz de que dejé de tomar y me fui a vivir con esta persona “enmarrané” como nunca. O sea más que la lonja (...) ¡Híjole si me siento molesto! (enfátiza), me siento molesto porque me falta tallas, panza, es más no me molesta si ahorita el traje no me quedara por el bíceps, el tríceps, el pecho o la espalda o sea, si tú me dijeras es porque oye Xolotl estás más fornido no me molesta (...) no me muestres la maldita panza, esa pinche panza me encabrona o sea no, sé cómo quitarla (...) si quiero deshacerme de la panza” (Xolotl, 21 de Marzo de 2015, casa del entrevistado).

Cabe señalar que en el caso de los participantes del grupo de sobrepeso persiste mayor rechazo hacia su cuerpo debido a que esta modificación corporal es de reciente aparición (4 años atrás). Por lo tanto, señalan que de ser posible sí les gustaría modificar su cuerpo. Las zonas que desearían cambiar se enfocan en atender y disminuir las circunferencias: estómago, brazos, rostro (mejillas), piernas (muslos).

En el caso de los entrevistados del grupo de obesidad, se presentó una percepción completamente distinta a las respuestas de este grupo. Como ellos señalan, su corporalidad desde que la recuerdan ha sido así: obesa, por lo que tienen una forma distinta de vivirla y enunciarla:

“Desde que nací, sí. Fui una persona gorda desde niño, de un tiempo para acá pues sí me descuidé bastante y pues toda la vida he estado obeso creo que nada más en preparatoria y universidad llegué a bajar a un peso considerable que fueron 90 kilos (...) el trabajo que tengo actualmente, son jornadas muy largas donde no desayunaba, hacía una comida y a veces cenaba y a veces no, cenaba bastante pesado o no cenaba nada y esas condiciones empezaron a modificar mi cuerpo aparte de la falta de ejercicio y dolores ocasionados por el sobrepeso ¿no? Dolores en la espalda, dolores en las rodillas, dolores en la pierna, entonces todo eso dio motivo a que mi cuerpo llegara a los extremos a como está viviendo actualmente aunque también desde hace

algún tiempo he querido cambiar eso y pues he estado como en tratamiento para dejar de tener tanto sobrepeso” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

“Yo siempre he tenido este cuerpo desde que tengo uso de razón (...) También mi cuerpo creo que ya era propenso a ser gordito porque digo cuando era chiquito no era flaquito flaquito (...) pero si empecé a engordar mucho pero yo digo que fue por la alimentación” (Merol, 3 de Enero de 2015, casa del entrevistado).

Estas reflexiones permiten distinguir cómo la vivencia del cuerpo con obesidad no es asumida como una enfermedad. Por el contrario, es una corporalidad que realiza una rutina como el resto de la población, que vive como gran parte de sus semejantes pero es estigmatizada por la propia característica corporal.

En el caso de los entrevistados de este grupo cabe destacar que ninguno de ellos les gustaría modificar en algo su cuerpo. Sólo un caso comentó que ha pensado en contadas ocasiones una transformación en su nariz aunque enfatizó que no llegaría a la cirugía.

Por el contrario, las partes del cuerpo que señalaron con las que se sienten mejor y les gustan se encuentran: las pantorrillas (caso del entrevistado René), la cintura (caso de la entrevistada Alita), el rostro (caso del entrevistado Merol).

En este grupo, cabe destacar el caso de dos entrevistadas quienes vincularon transformaciones en su cuerpo a raíz de una etapa específica de su vida. La primera de ellas fue cuando era niña, momento en el que se le detectó el hipotiroidismo, la segunda fue en su vida adulta cuando vivió un periodo de problemas familiares y económicos críticos:

“Pues yo de niña era sumamente delgada (...) realmente nunca he determinado pasó esto para que yo tuviera este cambio corporal (...) mi estructura ósea es de una persona sumamente delgada lo cual dices bueno hay indicios de que quizá yo no era para ser obesa o algo así pero bueno, finalmente llevo muchos años siendo obesa, te digo a momentos uno tiene problemas no porque te asumas como eres, sino porque los demás pues sí ¿no? No lo ven normal (...) yo soy una persona que come moderadamente siempre (...) yo tengo hipotiroidismo y ese me lo detectaron después de que tuve un accidente y precisamente me lo detectaron porque empecé a sentir muchísimo dolor en la espalda alta (...)yo tuve el accidente en Diciembre y viene Febrero y yo seguía con un dolor muy fuerte entonces es ahí donde me manda hacer un estudio y me dice es que tienes hipotiroidismo y eso también explica que tengas un gran sobrepeso pero a mí cuando me detectan eso que es igual cuando voy con la nutrióloga, también me detectan que estoy reteniendo líquido y una serie de circunstancias, entonces sí, realmente sí haber detectado el hipotiroidismo fue bueno en función de que pude haber desarrollado otras enfermedades que

no desarrollé porque por ejemplo la retención de líquidos se detuvo, lo que sí nunca he podido controlar es la presión arterial baja” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

“No tenía panza, estaban como delineadas mis curvas pero ni me bajaron las nalgas ni un centímetro y hacía en verdad esfuerzos muy fuertes (...) pero entonces vienen problemas en la familia que mi papá se va cuando estoy estudiando la Licenciatura que me toca la crisis de 95 entonces no hay trabajo, bueno independientemente de que no hubiera trabajo yo decidí cuidar a mis hermanos que además tenían 3 y 4 años porque ellos estaban solos en la casa(...) nunca pensé en las consecuencias (...) y las consecuencias fueron que yo no tenía dinero, yo no tenía una vida, yo era mamá de mis hermanos, era digamos la esposa de mi mamá porque yo hacía todo lo de la casa, la comida y tenía que esperarla (...) y eso me deprimió mucho porque yo quería hacer muchas cosas en la vida, yo quería trabajar pero al mismo tiempo sabía que no podía abandonar a mis hermanos (...) ahí fue cuando mi cuerpo cambió, yo si he aceptado que durante esa época yo comía muchísimo pero no comía todo el tiempo, ni eran atracones, o sea yo comía mucho pan de dulce, mucha leche y postres, lo demás del resto de mi alimentación como a mí me gusta comer no era ni grasosa, eran ensaladas, era una comida balanceada” (Alita, 28 de Marzo de 2015, Espacio público).

Por tanto, si bien es importante implementar acciones por parte del personal en salud, es necesario enfatizar el hecho de que no todas las corporalidades con sobrepeso y obesidad pueden ser atendidas bajo un esquema que se presenta a la población como acciones generalizadas, es decir, campañas que contienen métodos y procedimientos para reducir su masa corporal. Por el contrario, es importante enfatizar que todos los sujetos realizan diferentes prácticas corporales y alimenticias en función de su cotidianidad, de sus necesidades y opciones que le ofrece su contexto inmediato, por lo que es necesario contemplar estos puntos para analizar el tema del sobrepeso y obesidad desde los diferentes niveles de la realidad: micro, meso, macro como se ha venido trabajando a lo largo de esta investigación, ya que de esta manera se puede distinguir los problemas que enfrentamos actualmente.

El apoyo familiar representó un punto medular en el caso de una entrevista del grupo de obesidad. De acuerdo con ella, el presenciar un periodo de crisis económica y familiar fue detonante para que se incrementara su nivel de ansiedad:

“Empecé a comer pan, luego ya que me di cuenta había subido de peso. (...)Es que justo en ese periodo estaba nerviosa (...) imagínate la presión de la tesis, de no tener trabajo (...) mis papás se estaban separando (...) y yo veía que mi ropa no me quedaba” (Alita, 28 de Marzo de 2015, espacio público).



Lo anterior fue corroborado con el resto de los participantes quienes señalaron que implementar nuevas rutinas de ejercicio y alimentación es más fácil cuando cuentan con el apoyo de alguna red de apoyo:

“Cuando fui con el primer nutriólogo empecé hacer ejercicio y luego lo dejé (...) en otra consulta con otro nutriólogo me acompañó mi hermana (...) me empezó apoyar con la comida (...) al principio no me gustó, muy insípida (...) como me conoce me ayudó a encontrar sabor metiendo cosas nuevas como jugo de naranja en una pechuga de pollo” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

“Ahorita no sigo ninguna dieta ni ejercicio pero sé que cuento con el apoyo de mi pareja. Ella es la que hace la comida los fines de semana (...) y me apapacha. (...) Yo sé que si me meto hacer ejercicio o simplemente saliera a caminar (si la zona no fuera peligrosa) ella me acompañaría (...) se agradece eso” (Merol, 3 de Enero de 2015, casa del entrevistado).

Las redes de apoyo representan un punto esencial también para modificar prácticas y rutinas al interior de la vida cotidiana. Dichas redes de apoyo si bien inician con las personas inmediatas (como la familia), deben extenderse hacia el resto de la población ya que es justo en esta transición donde se presenta la estigmatización, rechazo y vinculación con adjetivos negativos hacia estas corporalidades. Lo anterior permite distinguir que si bien la corporalidad se dictamina en el ámbito biomédico, traspasa a todas las esferas de la realidad social en donde se establecen distintas pautas de comportamiento hacia estos sujetos.

Un punto más que cabe destacar de las entrevistas es que sólo dos entrevistadas del grupo de obesidad presentan algún inconveniente respecto a su tiroides. Cabe destacar que una de ellas ha sido diagnosticada, atendida y medicada para controlar esta alteración biológica mientras que la otra no ha tenido escucha por parte del personal en salud pese a que presenta antecedentes familiares:

“Tengo hipotiroidismo y ese me lo detectaron después de que tuve un accidente (...) fui al privado (...) es ahí donde me manda hacer un estudio y me dice es que tienes hipotiroidismo y eso también explica que tengas un gran (...) pude haber desarrollado otras enfermedades que no desarrollé porque por ejemplo la retención de líquidos se detuvo (...) desde el 2008 tomo medicina y es una dosis diaria de levotiroxina sódica, es una dosis al levantarme y ya. La he dejado por una decisión mía que digo ya, lo más que la he dejado han sido 3 meses y la volví a tomar porque volví con los síntomas que te da el hipotiroidismo la piel se te reseca, te da muchísimo sueño, las articulaciones te duelen muchísimo entonces fue que retomé la medicina” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

“Yo he insistido muchos años ¿qué será? Como unos 20 años (...) he ido a diferentes doctores, a diferentes instituciones en que revisen mi T3, todo lo de la tiroides porque mi abuelo sufrió hipotiroidismo, mi abuela murió de cáncer de tiroides, mamá desarrolló hipotiroidismo por medicamento, mi hermana tiene hipertiroidismo. Entonces he insistido pero normalmente les digo he ido a nutriólogos, nutriólogas y bajo hasta cierto peso y después nada (...) y les he dicho esto es raro, no soy tonta, esto es raro porque hago todo lo que dicen y yo ya no puedo aunque vamos bien yo llego a este tope y no hay poder humano, o sea he probado de todo y nada (...) me dice pues estás bien pero en la hormona T3 aparezco 3 puntos por arriba del estándar y le dije oye ¿esto no es raro? Y me dice ¡ay no es muy poquito! Lo que pasa es que generalmente la gente que es gorda dice eso para no disciplinarse (...) es que es una desviación tan pequeña que ni siquiera vale la pena profundizar (...) esto no se trata de que esté gorda, es lo que menos me importa, lo que me importa es que derive en cáncer” (Alita, 28 de Marzo de 2015, espacio público).

Lo anterior permite reflexionar que si bien, el sobrepeso y la obesidad se relacionan con la aparición de otro tipo de enfermedades crónico-degenerativas, no todas las personas que tienen esta característica corpórea deben ser vistas (desde un primer momento), como sujetos enfermos. Por el contrario, es importante valorar la historia y contexto de cada sujeto no sólo desde un posicionamiento biomédico sino desde una perspectiva crítica que permita distinguir cuál es la situación social del sujeto.

Finalmente el otro pilar bajo el cual se propone implementar acciones en salud es en torno a la regulación política y fiscal. Si bien estas medidas han buscado comunicar “información nutrimental clara a los consumidores y fomentar decisiones saludables entre ellos” (SSA 2013:9), los participantes de los dos grupos comentaron que estas acciones no han obtenido los resultados deseados:

“La vida normal está hecha para que tú comas grandes cantidades de grasa digo este hay opciones claro que hay opciones ¿no? Pero es complicado, la vida actual está hecha para que comas algo rápido, te sientas satisfecho y adelante, no, no mides como lo que estás comiendo, te fijas en cada esquina hay puestos de gorditas, garnachas y demás que no son malas, lo malo es la cantidad y los días, la frecuencia con la que lo comemos, hay puestos de comida rápida. Sí hay opciones (enfátiza y suspira) pero son las menos digo hay algunos puestos de fruta, de comida que venden” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

Este eje que si bien no toma precisión y fuerza en la pregunta que guía esta investigación, es importante reflexionar en torno a él. Cabe destacar que actualmente estamos inmersos en una sociedad que tiene acceso (por lo menos a través de las campañas de la mercadotecnia) a un sin número de productos con alto contenido energético. Esta coyuntura de igual forma fue estudiada por el Instituto Nacional de Salud Pública a través de un estudio exploratorio durante el periodo vacacional y no

vacacional de Diciembre del 2012 y Abril del 2013 (INSP, 2013). Se grabaron en total 600 horas de la programación que se presenta en televisión abierta en los canales 2, 4, 7 y 13. Aquí se observó que del total de los anuncios publicitarios y pese a las modificaciones en artículos 25 y 25 Bis del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios así como los artículos 65 y 66 de la Ley General de Salud, no se han podido regularizar la publicidad de productos sobre estos alimentos que se asocian al incremento del sobrepeso y obesidad.

Al interior de dicho estudio se observó que 21.3% estaban relacionados con bebidas azucaradas, 34.4% con botanas dulces y 16.6% con cereales azucarados. Dicha publicidad fue transmitida en un horario de 7 am a 10 pm, reflejando una incongruencia de lo que se presenta a nivel discursivo.

### **c) Prácticas corporales implementadas por los sujetos con sobrepeso y obesidad en su cotidianidad**

En este último apartado se relacionarán dos aspectos: el primero de ellos consiste en recuperar las recomendaciones emitidas por el personal de salud al que han acudido los entrevistados (que se trataron en el anterior apartado). En segundo lugar se puntualizan las prácticas corporales que son ejercidas en su cotidianidad por parte de los entrevistados.

El objetivo de articular este apartado de la siguiente manera radica en que si bien, a nivel institucional el personal busca transmitir una serie de indicaciones en torno a la alimentación y ejercicio principalmente, finalmente cada uno de los sujetos efectúan prácticas muy puntuales debido a que cada uno decide o no seguir estas acciones que se vinculan a lo que propone Foucault como disciplinamiento corporal e implican un posicionamiento de los entrevistados, ya sean aceptado total o parcialmente esas indicaciones o realizando actividades distintas.

Respecto al primer punto es importante hacer una breve recapitulación de aspectos que fueron presentados en capítulos previos.

Desde principios de este siglo, la Secretaría de Salud señaló el panorama actual de nuestro país con respecto al sobrepeso y obesidad. Lo anterior es sintetizado en la presentación de la actual Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes. Aquí se muestra cómo desde el año 2008 México ocupa el segundo lugar por obesidad en población adulta. De igual forma el costo directo anual en atención médica para el 2017 se estima que fluctúe “entre 73 mil millones y 101 millones de pesos si no se aplican intervenciones preventivas intersectoriales costo-efectivas” (Secretaría de Salud, 2013:21).

Con lo anterior, el IMSS ha implementado desde el 2003 el programa PREVENIMSS que ha sido acompañado de las encuestas ENCOPREVENIMSS con el objetivo de conocer el estado actual de los servicios de salud y la población derechohabiente.

En el caso concreto de la población adulta, este programa propone trabajar de la siguiente forma:

- Salud de la mujer: de 20 a 59 años. Se establece una cobertura en vacunas, medición de cintura al interior de la consulta para prevenir el sobrepeso y la obesidad, toma de tensión arterial con el objetivo de detectar a tiempo alguna alteración, medición de glucosa con el fin de detectar diabetes, exámenes específicos como toma del papanicolau, exploración de glándulas mamarias, entre otros.
- Salud del hombre: de 20 a 59 años. Se establece una cobertura en vacunas, medición de cintura al interior de la consulta para prevenir el sobrepeso y la obesidad, toma de tensión arterial con el objetivo de detectar a tiempo alguna alteración, medición de glucosa con el fin de detectar diabetes, exámenes específicos como antígeno prostático con el fin de detectar alteraciones.

Cabe destacar que cuatro de los seis entrevistados, cuentan con este servicio. Respecto a la manera como han sido atendidos y las recomendaciones que han recibido, destacan los siguientes fragmentos:

“Me empezó a preguntar mis actividades, rutinas, trabajo, qué comía, bueno desayuno, comida, cena, antecedentes, me pesó (...) El doctor me mandó ejercicios cardiovasculares más intensos los cuales le dije que no los iba hacer por el sobrepeso porque hay ciertos ejercicios pues que te pueden llegar a lastimar o no puede realizar por el sobrepeso, puede lastimar tus articulaciones, puedes lastimarte la rodilla, puedes lastimarte el tobillo entonces hablé con él y cambiamos la rutina de ejercicios más de acorde a mí” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

“En consulta los doctores es a lo que vas, te dan tus *pinches* pastillitas y de paso te dicen que estas gordo, que qué comes, que si haces ejercicio y esas cosas pero más no y menos en el sector público” (Xolotl, 21 de Marzo de 2015, casa del entrevistado).

“Sí que una gripa o tos ¿no? No he llegado así como que más no (...) no me han dicho de ¡ay! Es que ya tiene que bajar de peso o ya está gordita o algo así no” (Laura, 3 de Enero de 2015, casa de la entrevistada).

“En otro lado que no sea en el seguro no me dicen “oiga es que está usted muy pasado de peso o revise sus niveles de azúcar” y cosas así, ellos no me dicen nada más que lo que tengo y me dan remedio para eso, no me dan otra cosa, en el IMSS si te dicen que tienes que hacer ejercicio y cuidar tu alimentación (...) me pasan a medicina general y de ahí pase con el nutriólogo para que le de alguna dieta o algo así, pero digo si lamentablemente sí he tenido la intención de ir y todo pero pues yo creo que ellos también tienen sus horarios porque yo cuando voy al seguro me voy en la tarde de 2 a 4 creo que es la consulta y ya a esa hora no hay consulta, en nutrición tiene que ser temprano y pues si se me dificulta de que tenga que ir yo a consulta nada más a que me chequen o me den una dieta o algo así sí se me dificulta” (Merol, 3 de Enero de 2015, casa del entrevistado).

Para el 2010 estas estrategias fueron complementadas tras la firma del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria cuyo objetivo es incidir (desde la población más joven), en los hábitos alimentarios y activación física (mediante el acuerdo firmado con la SEP).

Asimismo este mismo año, el ISSSTE implementó su programa conocido como PREVENISSSTE el cual consiste en atender, controlar y prevenir la aparición y detección de enfermedades crónico degenerativas. Su cobertura incluye la atención de enfermedades como: diabetes mellitus, cáncer de próstata, cervicouterino, hipertensión y enfermedades cardiacas. Para esto se cuenta con el apoyo de personal de nutrición y psicología que de acuerdo al padecimiento que presenten, obtendrán una orientación y planificación de acuerdo a las necesidades de cada persona.

En el caso de los entrevistados, cabe destacar que dos cuentan con este servicio por lo que su experiencia en torno a las recomendaciones emitidas por el personal ha sido la siguiente:

“¡Sí, siempre! (enfatisa), siempre me mandan hacer que la prueba del azúcar, que la prueba de la hipertensión, o sea siempre. Hace poco tuve que ir y lo primero que me dijeron fue que cómo estaba del azúcar, que cómo estaba de la presión, pues yo siempre he tenido la presión baja, la azúcar la tengo bien, también eso lo hago esporádicamente pero sí lo hago pero siempre sí, cualquier médico me dice que te tienes que checar ¿no? Porque además siempre manejan la idea de que estás en riesgo y además tu riesgo es mayor que el de todos los demás o sea siempre esa idea del riesgo” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

“Me acuerdo digamos que cuando era más chica le decían a mi mamá, entonces era un terror para mí desde los 12 años pánico ir al médico porque en el ISSSTE pasas por el área de que te pesan, bueno cuando eres niño solo te pesan o te toman la presión (...) me daba mucha mucha angustia porque desde las enfermeras que te pesan hacen comentarios (...) “Ay señora no está cuidando a su hija, ya subió 2 kilos” y la angustia ¿no? Y decía yo estoy haciendo algo mal ya después me decía ¿pues cómo no voy a subir de peso si estoy creciendo señora? Estoy creciendo ¿por qué no dice que ya mido 3 centímetros más?” (Alita, 28 de Marzo de 2015, espacio público).

Y dicha atención médica también es reiterada en la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes en su segundo pilar: atención médica.

Aquí el objetivo que se plantea actualmente es reducir al máximo las enfermedades no transmisibles debido al costo elevado que genera. Por lo que dicho pilar recupera el principio de corresponsabilidad, es decir, “se pretende que los individuos enfermos crónicos, accedan a control y tratamiento médico a través de un ejercicio de pago compensatorio con lo realizado por el Estado” (Secretaría de Salud, 2013:68) que si bien, esta transición hacia el modelo de universalización no se ha aprobado, el camino apuntala hacia estas medidas.

De igual forma, este principio enfatiza el compromiso o carga económica que deberá asumir el usuario en diferentes temas como:

- Mejora de estilos de vida, actividad física sistemática, progresiva y constante, plan de alimentación adecuado, manejo de emociones.

- Prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, dislipidemia y enfermedad renal crónica.
- Uso de esquemas terapéuticos innovadores que privilegien la atención efectiva.
- Identificación temprana y oportuna de complicaciones asociadas a las enfermedades no transmisibles, para la atención con calidad y para su referencia oportuna (Secretaría de Salud, 2013:69-70).

Lo anterior me lleva a recuperar la importancia del concepto de disciplinamiento en Foucault que se vio reflejado en las entrevistas. Para Foucault, el cuerpo (tanto en lo individual como en lo social), adquiere una importancia en función del contexto histórico e intereses políticos de la época. Como ya se ha señalado, lo que está en juego en estos momentos es disminuir los costos de atención hacia las personas con enfermedades no transmisibles.

A su vez, este punto es importante ya que con el cambio de modelo económico de corte neoliberal, el actual contexto demanda contar con una población productivamente útil, de bajos costos, que promueva y replique la importancia del cuidado del cuerpo.

Si bien estos mecanismos se implementaban siglos atrás (como en el campo de la sexualidad, salud mental, alteraciones con la ley, entre otros), la represión que efectuaba en esa época recaía explícitamente sobre el cuerpo, es decir, eran castigos punitivos sobre éste.

Con la llegada de la modernidad el cuerpo entró en una red cada vez más compleja de relaciones que llevaron consigo a una forma distinta de imponer y promover el cuidado del cuerpo. Es justo en este periodo donde se fomentan correcciones de corte individual. Por lo tanto, distinguir esta transición representa un grado mayor de complejidad debido a que este proceso se dio en un periodo de tiempo muy prolongado. Como lo señala Foucault:

La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos “dóciles”. La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una “aptitud”, una “capacidad” que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia de ello pudiera resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta (Foucault, 2002:142).

Por tanto, Foucault señala que ese contexto se ejercen dos tipos de correcciones corporales: la primera de ellas es mediante su concepto denominado como biopoder (el cual recupera al cuerpo desde su individualidad, es decir, a partir las prácticas específicas que cada persona realiza en su contexto inmediato), la segunda forma es mediante la biopolítica (que recae propiamente sobre la población en general), de ahí la importancia de recuperar estos dos momentos: lo que se enuncia en las campañas Institucionales y las acciones implementadas a nivel individual.

Como ya se señaló los entrevistados cuentan y actúan bajo un marco de referencia compartido, es decir: viven en un contexto económico de corte neoliberal, cuentan y acuden al servicio de salud del que son derechohabientes, han recibido recomendaciones respecto al cuidado de su cuerpo y su salud, viven en una coyuntura en donde estos cuerpos son definidos y señalados como enfermos (a partir de su IMC como lo establece la OMS), efectúan determinados roles y acciones en los diferentes niveles de la realidad social y pese a esto, cada uno de ellos actúa de manera muy distinta.

Algo que cabe resaltar es que todos los entrevistados han recibido en los servicios de salud indicaciones terapéuticas referentes al ejercicio y alimentación. Lo anterior se presenta con el objetivo de disminuir las cifras de incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población. Es justo en este espacio donde se distingue la articulación entre el nivel macro y meso. Dicho de otra forma, la política en salud ha establece lineamientos muy puntuales que se replican en el nivel inferior por parte del personal. El objetivo de realizar esta vinculación (entre política e institución) consiste en que haya uniformidad para establecer estrategias que permitan disminuir los altos costos económicos que se destinan en atender enfermedades crónico degenerativas dejando en un segundo plano la atención integral en salud.

Pese a la existencia de esta serie de recomendaciones, los entrevistados dejaron ver dos realidades bajo las cuales se actúa. La primera de ellas se enfoca en la resistencia y/o rechazo hacia estas recomendaciones. Cuatro de los seis entrevistados señalaron que no han modificado sus prácticas cotidianas. El principal motivo por el cuál no han implementado estas indicaciones, radica en que su jornada laboral y tiempo de traslado es superior al tiempo libre. En promedio estas personas señalaron que destinan 4 horas



diarias únicamente para transportarse a su trabajo. Aunado a esto, su jornada laboral es de 8 horas como mínimo dejándoles únicamente 3 horas libres por día. Cabe destacar que estas horas son utilizadas para atender tareas de la casa y en menor medida al descanso. De acuerdo con los entrevistados, este desgaste diario imposibilita implementar nuevas prácticas.

En contraposición, los otros dos entrevistados que han modificado sus prácticas cotidianas son los que señalaron que destinan menos horas para transportarse a su trabajo (2 horas).

Por lo que es conveniente recuperar cuáles son las acciones que han decidido implementar en su vida cotidiana y los motivos por los cuales deciden actuar así y no de otra manera. El objetivo radica en la importancia de analizar el proceso salud-enfermedad-atención no desde una postura que priorice el aspecto biomédico, sino por el contrario, desde otra que dé cuentas de la complejidad y retos que representa posicionar al sujeto como una totalidad que sólo puede ser entendido a partir de su coyuntura:

“Primero traté de hacerlo por mi cuenta comiendo cosas que yo consideraba más sanas, más fruta, más verdura, un poco de ejercicio no mucho lo cual dio resultado de un kilo menos, de kilo y medio (...) pero ya el cambio se dio cuando solicité ayuda ¿no? A un nutriólogo (...) te enseña a comer porque como te dije a veces comía, a veces no porque ya era muy tarde y ahorita todo el tiempo estoy comiendo pero pues estoy comiendo cosas que mi cuerpo lo ayuda ¿no? O sea ya no como tantas grasas, tanta porquería, tanta, tanto alimento chatarra. Ahora es desayuno con fruta, meriendo, bueno si es colación con fruta puede ser guayabas, mandarinas, etcétera. Comida tengo el derecho a comer los vegetales que yo quiera o sea no hay límite y dos tazones pequeños de carbohidratos animales, proteína (...) bueno pasando la comida si en ese tiempo me da hambre o ansias que es otro problema que sufro de ansiedad, estrés y demás ahora en vez de tragarme 3 chocolates me como 2 mandarinas y ceno algo ligero (...) Y pues la rutina pues el ejercicio ya empecé a implementar (...) empezando por media hora hasta hora y media (...) Empecé con unos ejercicios para obesos, cardiovasculares que consistían en caminata en tu lugar, sentadillas, estiramientos y demás ¿no? O sea eran ejercicios de piso o pseudo abdominales, medias lagartijas cosas, cosas así. Cuando yo empecé tenía una condición física pésima” (René, 3 de Noviembre de 2015, espacio público).

“En mi caso, digo ahorita no me estoy cuidando como debe de ser en cuanto alimentación, en cuanto a ejercicio pero también lo que me pasa mucho es que cuando tengo mucho estrés me empiezo a inflar ¿no? Tal cual inflar no a subir de peso sino nada más me inflo entonces yo siento que cada cuerpo actúa de distinta forma ¿no? Y no quiere decir que porque estés enferma” (Laura, 3 de enero de 2015, casa de la entrevistada).

“¡todos los deportes que he hecho han sido del estilo de (...) más habilidad que bíceps o tríceps. O sea si yo me hubiera dedicado desde hace mucho al físico culturismo yo creo que ahorita tendría mucho bíceps, tríceps pero en el deporte en el que me he desempeñado pues no desarrollas eso, pues como que te haces más flaco, por ejemplo en el básquetbol es más fácil que te hagas flaco y largo a que te hagas chaparrito y mamado” (Xolotl, 21 de Marzo de 2015, casa del entrevistado).

“Pues yo hacía, desde la preparatoria, hacía ejercicio aeróbico. Ha sido intermitente pero siempre me ha gustado hacerlo y además creo que lo hago bien por ejemplo en coordinar y eso me parece que no tengo problemas y ahora a partir de que llegué aquí dejé de hacerlo porque los horarios un poco ya no me empatan y un poco también no tengo ganas ¿no? Y este por ejemplo la instructora que tengo (...) siempre se ha dedicado al trabajo físico y eso me parece que en ese sentido la instructora ha sabido cómo tratar que todas las personas que vamos ahí somos diferentes o sea y que tienen un ritmo diferente entonces hay un punto en el que quizá todos tenemos la misma clase pero hay otros donde dice bueno ella sí lo puede porque te pregunta antes (...) antes sí era como forzosamente ir al gimnasio hacer dieta, pero ahora no, yo creo que la cirugía facilita como muchas cosas ¿no?(...) diría David Le Breton llegar a ese cuerpo y decir con este cuerpo vivo mi vida eso es muy difícil con una sociedad como ésta donde lo primero que quizá es desechado es el propio cuerpo, él mismo lo dice: el cuerpo se ha convertido en un proyecto maleable pero al mismo tiempo un cuerpo desechable porque dices bueno si estoy así obesa pero hay otros artefactos de afuera que me dicen lo puedo resolver o las puedo modificar, entonces yo creo que un cuerpo saludable es uno que se acepta tal cual es” (Jaque, 23 de Marzo de 2015, trabajo de la entrevistada).

Mediante esta serie de aportaciones orales es posible entender por qué el actual contexto busca promover un tipo de comportamiento (tanto en lo individual como en lo colectivo).

De igual manera, el campo de la salud está fuertemente vinculado con el entramado social que recupera aspectos culturales, políticos, económicos y sociales cuyo principio radica en el establecimiento de sujetos normados institucionalmente que sean capaces de responder a las necesidades de la época. Nos enfrentamos a un periodo de vigilancia constante en el que se clasifica, juzga, mide, y sitúa a los sujetos a partir de su cuerpo.

el conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad: la mirada del médico no se dirige inicialmente al cuerpo concreto, a ese conjunto visible, a esta plenitud positiva que está frente a él, el enfermo, sino a intervalos de naturaleza, a las lagunas y distancias, donde aparecen como en un negativo los signos que diferencian una enfermedad de otra, la verdadera de la falsa, la legítima de la bastarda, la maligna de la benigna (Foucault, 2002:24).

De acuerdo con Foucault (2002), es el cuerpo donde se incorporan también los estereotipos sociales. Los entrevistados señalaron que actualmente el cuerpo con sobrepeso y obesidad ha adquirido una encarnación social del rechazo. El motivo por el

cual surge esto, es que la política en salud, instituciones y campañas publicitarias han establecido una serie de discursos y recomendaciones en donde se evidencia cuáles son las características que debe tener un cuerpo “saludable”. Esta intervención se realiza a nivel poblacional (es decir, biopolítica) en donde se difunde y socializan imágenes y discursos en torno a estas corporalidades.

No obstante también existe la capacidad de modificar o rechazar dichas recomendaciones a nivel individual (es decir biopoder) Como se ha visto en las entrevistas, hubo personas que implementaron nuevas prácticas en rutina diaria y otras que por cuestiones de horarios principalmente, no lo harán.

Por tanto, el sujeto (a nivel individual o poblacional) no puede obviar los actuales planes, programas, campañas y discursos en los que se encuentra inmerso. La actual coyuntura se enfoca en recuperar y mostrar estos cuerpos desde el discurso biomédico como sujetos enfermos que representan un reto económico para el país.

Con lo anterior, cabe recuperar que la presente investigación propone una manera de estudiar al sobrepeso y obesidad desde un aspecto cualitativo en donde se prioriza el análisis de la corporalidad desde su complejidad social.

Por tales motivos, es importante señalar que fue necesario recuperar conceptos que fueran capaces de ir desde un aspecto macrosocial hasta uno más puntual o microsocioal. Mediante este ir y venir a través de la recuperación de las actuales acciones en salud, fue posible entender que los acontecimientos no surgen de manera aleatoria, por el contrario “se producen en una población tomada en su duración (Foucault, 2001: 222).

## Consideraciones finales

Esta tesis ha seguido una lógica de responder a la pregunta ¿cómo se elabora actualmente una representación del sujeto obeso tras la aparición de la actual Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes? Para esto fue necesario posicionarse desde la categoría del cuerpo desde las ciencias sociales.

En esta investigación resultan sorprendentes los significados que se han conformado alrededor de las corporalidades con sobrepeso y obesidad. Cabe destacar que se presentaron diferentes panoramas de los mismos.

En el grupo de las personas con sobrepeso, la percepción que se tiene hacia ellos por parte del resto de la población es menos rechazada (o violentada) en comparación con el grupo de obesidad. Principalmente esto se aprecia en los siguientes puntos:

1. En la atención médica. A estos sujetos el personal de salud les señala que su condición física está por encima de los parámetros establecidos como normales a partir de su IMC. Por tanto, las recomendaciones que se emiten se enfocan en disminuir el exceso de grasa, caso contrario a las corporalidades con obesidad, donde aquí el énfasis está en “borrar” estos cuerpos debido a que son posicionados bajo la idea del riesgo desde un aspecto biomédico y no social<sup>5</sup>.
2. Relaciones cara a cara. Con respecto a este punto cabe destacar que los dos entrevistados de este grupo señalaron que si bien ambos sexos son susceptibles de ser rechazados para incorporarse en diferentes eventos sociales, la situación de las mujeres es aún más estigmatizada. En las entrevistas se señaló que hay mayor aceptación hacia los hombres que a las mujeres principalmente a que éstas no cuentan con el cuerpo deseado (tanto del sexo contrario como de su

---

<sup>5</sup> En el discurso biomédico el riesgo se mide a partir de indicadores biológicos (mediciones corporales establecidas en parámetros nacionales e internacionales). Caso contrario a la propuesta de sociología del riesgo de Ulrich Beck. De acuerdo con él, la sociedad de riesgo es una característica propia de las sociedades modernas en donde el individuo se encuentra inmerso en una serie de riesgos que van desde lo social, político, económico e industrial causando daños sistemáticos e irreversibles en la población. Lo anterior como consecuencia de la desigualdad social en la que estamos inmersos. Aunado a esto, el vacío político, la disminución de oportunidades, individualización, e incertidumbre, agravan la situación coyuntural.

mismo género). Por lo tanto, el caso de las mujeres con estas corporalidades reduce su círculo de interacción a espacios muy puntuales que van principalmente al espacio familiar, espacio educativo, académico o laboral y en menor medida invitaciones a espacios sociales.

3. Planes Nacionales en Salud. En las diferentes normas, planes, programas y la actual estrategia si bien puntualizan que las cifras de incidencia y prevalencia del sobrepeso y obesidad deben disminuir, la atención puntual se enfoca en establecer mayores intervenciones en las personas con obesidad (como se señaló el caso de los especialistas). En el caso concreto de las personas con sobrepeso las recomendaciones emitidas en el discurso oficial se enfocan en: 1) señalar que existe un problema 2) atender el problema con apoyo del personal en salud (nutriólogo principalmente) y 3) modificar estilos de vida para que esta característica corpórea no se vuelva a presentar. De esta forma se traslada la responsabilidad del cuidado del cuerpo al sujeto mismo.

Para el caso específico del grupo de las personas con obesidad, la situación y percepción de su cuerpo varía considerablemente respecto al del sobrepeso. Principalmente esto se aprecia en los siguientes puntos:

1. Atención médica. La valoración corporal (desde una postura biomédica) inicia antes de que el sujeto pase a consulta. El primer filtro que emite una valoración y categorización del cuerpo es la enfermera a través de mediciones (enfocadas en las circunferencias y ritmos) como son: cintura, bíceps, niveles de glucosa en la sangre, tensión arterial.

Esta pre-evaluación es entregada al médico general con el objetivo de que tenga en un primer momento, la situación alarmante del sujeto que pasará a consulta.<sup>6</sup> Esto representa varios retos, uno de los más importantes consiste en que el personal en salud generalmente enfatiza la atención en este primer filtro dejando en segundo lugar la atención del padecimiento por el cual acude ese sujeto.

---

<sup>6</sup> Por situación alarmante hago referencia a que el sujeto que está acudiendo a una consulta general presenta niveles fuera de los parámetros establecidos, por lo que se señala una atención que priorice los resultados preliminares que deben ser complementados con el padecimiento por el cual acuden a consulta.

2. Establecimiento de espacios de tratamiento al interior de los espacios en salud. A diferencia del anterior grupo, las personas con corporalidad obesa son remitidas a más especialistas que tienen la función de tratar principalmente los casos más emblemáticos (como es el caso del médico bariatra). Aunado a esto, se han establecido grupos específicos (como los Grupos de Ayuda Mutua) cuya tarea consiste en aprender sobre la enfermedad. En dichos grupos, se juntan (sin importar las especificidades y necesidades de cada padecimiento) personas que presentan sobrepeso, obesidad y diabetes. Un aliciente que se tiene al interior de estos espacios, consiste en dar pequeños estímulos (tanto al personal de salud como a los sujetos que acuden a ellos).

Por parte de los sujetos, se busca que haya compromiso del grupo para buscar la certificación, para esto es necesario que entre todos disminuyan tres elementos: peso, glucosa y tensión arterial. Una vez que se llega a este punto el grupo recibe un reconocimiento. Por la contraparte, el personal de salud que trabaja en estos grupos, recibe estímulos económicos significativos tras cada una de dichas certificaciones.

3. Relaciones cara a cara. Las personas del grupo de obesidad enfatizaron que sus círculos sociales se caracterizan por ser muy reducidos. Lo anterior como consecuencia de ser rechazados o estigmatizados por las personas con las que cotidianamente conviven.
4. Anulación del cuerpo en espacios públicos. Este es un tema que estuvo presente a lo largo de todas las entrevistas y es importante destacar. Los entrevistados señalaron que los espacios públicos están pensados en las corporalidades que se adecúan de mejor forma a los estereotipos actuales, por el contrario, las personas obesas no cuentan con espacios pensados en ellos. Ejemplo de lo anterior se encuentra en: transporte y centros recreativos como el cine (donde se establecen muchas veces comentarios negativos hacia el espacio que ocupa su cuerpo que excede el volumen aceptado socialmente), el sexo (donde no se enfatiza que este tipo de corporalidades tienen una vida sexual activa como el resto de la

población), la moda (hay una obviedad hacia las demandas de estos sujetos, los entrevistados señalaron que esta industria no los considera), centros de acondicionamiento físico (donde no hay personal capacitado para establecer una rutina de ejercicios pensada en sus necesidades, aunado a esto, el equipo presenta varias limitaciones porque no todas las personas con esta corporalidad pueden utilizar cualquier tipo de aparato).

5. Planes Nacionales en Salud. Los diferentes planes, programas, normas y la actual estrategia se enfoca en disminuir las cifras de incidencia y prevalencia de las personas con obesidad. Principalmente la vinculación que se establece se enfoca en los elevados costos económicos que se destinan anualmente del PIB para atender las enfermedades asociadas a la misma. Esto responde a las exigencias del actual modelo económico donde se prioriza que el Estado funja como administrador traspasando diversas responsabilidades al individuo (que anteriormente tenía a su cargo).

Por tanto, la elección de una investigación de corte cualitativo permite dar cuentas de esta complejidad de temáticas vinculadas a un caso concreto. Esto significa que el abordaje de la obesidad a través de esta investigación, se enfoca en analizar de manera más compleja un fenómeno en salud a partir de la recuperación del proceso: salud-enfermedad-atención desde una perspectiva crítica.

De igual forma, la investigación cualitativa posibilita entender la corporalidad (que enferma, que adolece, envejece y es finita) no desde un posicionamiento biomédico, sino por el contrario, ésta propuesta de investigación siempre giró en torno a la necesidad de posicionar al problema en voz de los entrevistados en la actual coyuntura histórica social que vivimos.

El papel del personal de salud representa un punto medular en el contexto en el que estamos inmersos. El estudio y abordaje del sobrepeso y obesidad debe ser atendido más allá de una situación biomédica, por el contrario, se debe enfatizar que la intervención hacia ellos debe empezar por considerarlos como sujetos activos (es decir, con toma de decisión y exigencia para hacer valer sus derechos, con una situación social

muy puntual y en una relación no vertical o preferente para el personal en salud). Modificando esta situación, el sujeto que llega para ser atendido dejará de ser reducido a un sujeto “enfermo”.

En las entrevistas se enfatiza cómo a pesar de tener estas corporalidades, no deben de reducirse o verse como sujetos enfermos. Por el contrario, es importante destacar que no todos los sujetos que presentan estos cuerpos enferman de igual forma o presentan los mismos padecimientos asociados al sobrepeso y obesidad (como se maneja en el discurso oficial). Por tanto, los planes, normas, programas y estrategias necesitan recuperar la riqueza del sujeto posicionado históricamente para pensar de qué forma se puede actuar en materia de salud.

Aunado a esto, cabe destacar que si bien la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes surgió en el 2013, ninguno de los entrevistados señaló conocerla. Por el contrario, la aparición de una estrategia de esta índole muestra nuevamente cómo se continúan conformando programas en salud enfocados en responder a las exigencias del mercado económico de corte neoliberal. Estamos inmersos en una coyuntura en donde no se prioriza el cuidado integral del individuo, sino por el contrario, se fomenta la administración del cuerpo (biológico), a partir de un seguimiento y fragmentación del cuerpo reducido en mediciones y valoraciones de acuerdo a una escala que imposibilita una atención idónea de ese sujeto.

Lo anterior indudablemente se replica en las distintas esferas de la realidad social en donde se mueven estos sujetos. De ahí que se estigmaticen y asocien a una serie de adjetivos negativos como consecuencia de que en el actual contexto estos cuerpos son exhibidos como aquello que atenta la normalidad biomédica.

Por lo mismo, para el estudio del sobrepeso y la obesidad es necesario recuperar las tres esferas de la realidad social a través de procesos en lo macrosocial, mesosocial y microsocioal.

En la primera de ellas es donde se sitúan las políticas que son emitidas de manera general a la población. Estas son transmitidas y aplicadas de manera concreta en el nivel



meso por parte del personal de salud. En su praxis diaria es como se transmite la valoración, medición, estigmatización y rechazo hacia estas corporalidades. En justo en esta esfera donde se establece el vínculo para responder a las exigencias de la política que se está implementando y las condiciones reales bajo las cuales viven los sujetos.

Por tanto en la esfera micro se puntualiza la manera en que se adaptan o no las recomendaciones en salud (referentes a la alimentación, ejercicio, autocuidado, entre otras). Aquí el énfasis radica en distinguir la encarnación que cada sujeto adopta en la coyuntura. Por tanto, el estudio social del cuerpo representa un reto teórico y metodológico ya que se debe articular las tres esferas de la realidad para brindar un análisis crítico. A través de la acción del sujeto histórico es donde se precisan los momentos de interacción, resistencia o incorporación de nuevas prácticas al interior de la vida cotidiana.

Para el abordaje de este tema en salud, fue necesario posicionar al sujeto como un ser histórico que a su vez produce historia. Este paso por el mundo, invariablemente afectará las decisiones que se implementarán en un futuro inmediato. Por lo que es necesario entender que más allá de tener una base biológica, también son sujetos caracterizados por su plasticidad, por su movimiento, no son pasivos, son sujetos de derechos que invariablemente juegan un rol esencial en el establecimiento de nuevas políticas públicas.

En el actual contexto macro, las instituciones de salud ubicadas en un nivel meso, han convertido a los cuerpos en datos con un abordaje a partir la reducción de estos sujetos a meros indicadores, es decir, a puras mediciones corporales que si bien, son necesarios para valorar una situación, su trato es cosificado y se presentan como el centro de una iniciativa que busca atender los problemas en salud, sin embargo, siguen imposibilitados como sujetos para recuperar la riqueza del contexto debido a que la principal necesidad se enfoca en el ámbito económico, lo que significa abatir costos de atención.

El caso concreto del Observatorio de las Enfermedades no Transmisibles que se plantea al interior de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad, y Diabetes, es un claro exponente de esta tendencia que prioriza la reducción

del sujeto a mediciones corporales. No obstante, un posible reto que se puede presentarse con esta acción, es que la persona quede aún más reducida en la demanda de sus derechos. Bajo esta acción se eliminará el nombre, derechos y condiciones sociales, económicas, políticas, culturales de la persona y se pondrá en su lugar una serie de programas generalizados que enfatizan los altos costos de atención que estos sujetos generan.

Lo anterior, se expresa en diferentes estrategias que terminan por considerar a estos cuerpos como enfermos a partir de su índice de masa corporal, su alimentación inadecuada, su vida sedentaria y la falta de interés personal por modificar su situación. Son en última instancia, destinatarios de una acción biopolítica de disciplinamiento social.

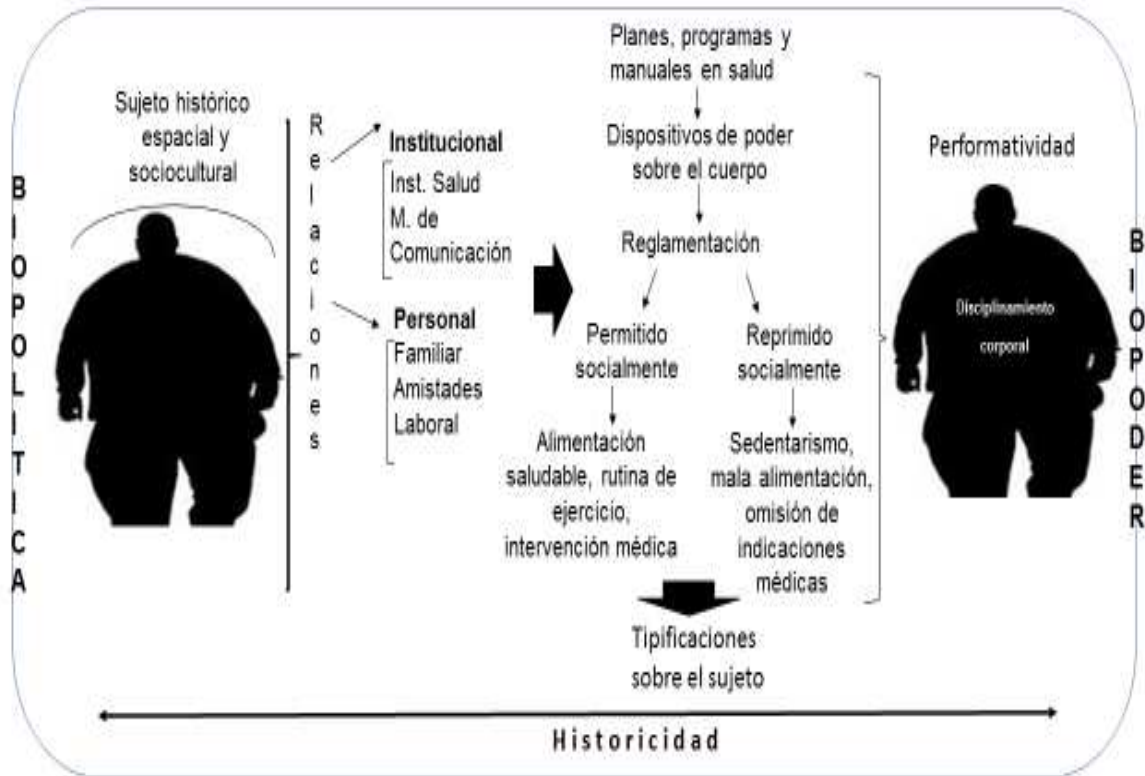
Estas corporalidades no están enfermas por el simple hecho de presentar ese cuerpo, pueden ser sujetos obesos con indicadores fisiológicos dentro de parámetros establecidos y considerados normales, y aun así, pueden presentar otro tipo de alteraciones (a nivel metabólico) asociadas o independientes a su condición de obesidad y no ser relevantes para la atención médica recibida.

Las prácticas corporales realizadas como aceptación de una normatividad social expresa o implícita, o por indicaciones profesionales son a partir de las potencialidades de su entorno, necesidades y condiciones sociales, en la singularidad de su existencia personal. El grupo de entrevistados pertenecen a la población adulta, lo cual los sujeta a las demandas del actual modelo económico-social caracterizado por establecer un deterioro en la calidad de vida de la persona debido a entre otros, la jornada laboral sigue siendo extenuante, los ingresos no son capaces de cubrir las demandas de la sociedad, el clima de violencia se ha agudizado en los últimos años así como también los espacios públicos son cada vez más reducidos para realizar las recomendaciones necesarias.

Para el estudio del cuerpo es necesario entender esta complejidad, es un planteamiento que requiere tiempo, adecuación histórica y análisis de los intereses que están detrás del

tema de salud. Por tanto, la propuesta de análisis puede ser sintetizada en el siguiente esquema:

**Figura 4. Disciplinamiento corporal del sujeto obeso.**



Basado en las propuestas teóricas de Foucault, M. (1978, 1980, 1999, 2002) y Butler, J. (2002, 2007).

Aquí está un sujeto que presenta esta corporalidad posicionado en un contexto histórico, espacial y sociocultural muy puntual. Aquí se establece una compleja red de relaciones tanto a nivel individual como a nivel macrosocial. Por su mismo posicionamiento, este sujeto se ve inmerso en las políticas, planes, programas, en salud que son emitidos con base en los intereses coyunturales del Estado, dejándolo como un sujeto percibido como una corporalidad enferma que, de no cambiar su realidad inmediata, su calidad de vida se verá afectada asumiendo la responsabilidad personal de eso, elevando los costos de su atención y con menos años de vida estimados que el promedio de la población en general.

No obstante y pese a este entramado, este sujeto que está constantemente expuesto a esta serie de discursos, tiene una capacidad de acción (de igual forma es delimitada por las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales del contexto) que podrían

otorgarle disidencia. Es justo en procesos así cuando se presenta la plasticidad del sujeto, de su capacidad de ejercer sus derechos, sus demandas y los problemas que encuentra para asumir una postura crítica acorde a sus condiciones para la satisfacción de su existencia.

Finalmente, la aportación de esta investigación ha sido articular la teoría social del cuerpo para abordar el tema de la salud-enfermedad-atención. Los conceptos clave de cuerpo y modernidad de David Le Breton y biopolítica y biopoder de Michel Foucault, permitieron analizar el entramado social que enfrentan actualmente las personas con sobrepeso y obesidad.

El recuperar el cuerpo para analizar un tema de salud desde una mirada social, permite entender cómo se vincula el sujeto con su coyuntura inmediata. Esto a su vez, permite entender cómo se establece una compleja red de relaciones que abarcan el nivel más abstracto (como es la política en salud) hasta los niveles inferiores donde se puntualizan y distinguen las prácticas en concreto que son realizadas por el individuo.

Esta tesis, es un paso más en desentrañar un tema de múltiples aristas e implicaciones para la sociedad actual y futura, ha permitido dar un paso más, pero el conocimiento requiere desarrollo superador porque lo contrario sería reconocer que el conocimiento es finito.

## **Bibliografía**

Aboites, L. (2010). El último tramo, 1929-2000. En: Escalante, P et, al. Nueva Historia Mínima de México, México, Ed. COLMEX, pp. 262-302.

BANCOMEXT, (1997). México: Transición Económica y comercio exterior, México.

Barquera, S., Tolentino, L., y Rivera J. (2005). Sobrepeso y obesidad: epidemiología, evaluación y tratamiento. México, Ed. INSP.

Baudrillard, J. (1996). El Crimen perfecto, Barcelona, Ed. Anagrama.

Bertrán-Vilá, M. y Sánchez-Uriate, M. Continuidades en la estigmatización social del cuerpo enfermo. México, Tramas, 2009 (32): 146-168.

Bourdieu, P. (1988). La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid, Ed. Taurus.

Bretón-Lesmes, I. (2000). Técnicas de composición corporal en el estudio de la obesidad. En: Moreno-Esteban, B. Obesidad. La epidemia del siglo XXI. Madrid, Ed. Diaz de Santos, pp. 169-190.

Cáceres, M. (2008). El cuerpo deseado y el cuerpo vivido. La apropiación de los discursos mediáticos y la identidad de género. Cuadernos de Información y Comunicación, 2008(13): 195-212.

Cámara de Diputados (2009). Evolución de la deuda pública en México y sus principales componentes. En línea: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0712009.pdf> Consultado el 23 de Abril del 2015.

Canto, M. (2003). México y el Desarme (México en el grupo de los Seis para la Paz y el Desarme. En línea: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/alegatos/pdfs/10/10-03.pdf>

Cárdenas, E. (2008). El mito del gasto público deficitario en México (1934-1956), El Trimestre Económico 300, p. 809-840.

Cárdenas, E. (2012). La Economía Mexicana en el dilatado siglo XX, 1929-2010. En: Kuntz, S. La economía mexicana. México, Ed. COLMEX, pp. 232-268.

Carmona, D. (2015). López Portillo y Pacheco José. En línea en: <http://www.memoriapoliticademexico.org/Biografias/LPP20.html> Consultado el 3 de Abril del 2015.

Céliz, O. (2005). La actividad física y la obesidad. En: Obesidad. Causas, consecuencias y tratamientos. Argentina, El Emporio ediciones, pp. 669-699.

Centro de estudios de las finanzas públicas (2007). Evolución del gasto en salud. En línea: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp1032007.pdf> Consultado el 20 de Abril del 2015.

Contreras, J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes* (2002)5(6): 275-286.

De la Madrid, M. (2013). Política económica, 1982-1988. En línea: [http://www.mmh.org.mx/politica\\_econo.php](http://www.mmh.org.mx/politica_econo.php) Consultado el 27 de Marzo de 2015.

Economía (2015). Inflación y devaluación. En línea en: [http://www.economia.com.mx/inflacion\\_y\\_devaluacion.htm](http://www.economia.com.mx/inflacion_y_devaluacion.htm) Consultado el 22 de Abril del 2015.

Escamilla, A. (2010). La reforma del Estado en México durante el gobierno de Felipe Calderón. En línea: [http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/ruiz/Documentos\\_4a/Calderon.Los\\_problemas\\_nac.\\_239-253.pdf](http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/ruiz/Documentos_4a/Calderon.Los_problemas_nac._239-253.pdf) Consultado el 20 de Abril de 2015.

Fischler, C. (1995). *El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*, Barcelona, Editorial Anagrama.

Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Argentina, Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1978). *El pensamiento de Michael Foucault*. Washington, Ed. Organización Panamericana de la Salud.

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*, Madrid, Ed. La Piqueta.

Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. México, Fondo de Cultura Económico.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina.

Foucault, M. (2010). *Cuerpo utópico. Las heterotopías*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.

Gargallo, M., López, M., Álvarez, J y Moreno B. (2010). Ejercicio en la obesidad. En: Moreno-Esteban, B. *Obesidad. La epidemia del siglo XXI*. Madrid, Ed. Diaz de Santos, pp.292-308.

Grosswirth, M. (2010). *Fat pride: A survival handbook*. Nueva York, Harper & Row.

Gutiérrez, J. et. al. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México.

IHME, *Overweight and obesity patterns (BMI >25) for both sexes adults (20+)* En línea: <http://vizhub.healthdata.org/obesity/> Consultado el 1 de Julio del 2014.

IMSS, (2009). PREVENIMSS: Evaluación de los programas preventivos. Los nuevos retos, estilos de vida y sus consecuencias: obesidad, hipertensión arterial y diabetes. México. En línea: [http://estepais.com/inicio/historicos/190/19\\_suplemento\\_prevenimss.pdf](http://estepais.com/inicio/historicos/190/19_suplemento_prevenimss.pdf) Consultado el 12 de Marzo de 2015.

INEGI, (2000). Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000). En línea: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf) Consultado el 21 de Noviembre de 2015.

INMUJERES, (2010). Población derechohabiente, México, p. 91. En línea: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/89.pdf> Consultado el 20 de Noviembre de 2015.

INSP, (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. En línea: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/CoberturaUniversal.pdf>

ISSSTE. PREVENISSSTE. En línea: <http://www.prevenissste.gob.mx/> Consultado el 12 de Marzo de 2015.

J, Gracia D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. An Sist Sanit Navar 2006;29(Supl 3):7-17.

Kuntz, S. (2010). Introducción. En: Kuntz, S. Historia económica general del México. De la colonia a nuestros días. México, Ed. COLMEX, pp. 13-40.

Kuri, A. (2010). El fracaso del éxito, 1970-1985. En: Velázquez, E., et. al. Historia General de México, México, Ed. COLMEX, pp.699-746.

Le Breton, D. (1995). Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.

Le Breton, D. (2002). La Sociología del Cuerpo. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.

Le Breton, D. (2011). Adiós al cuerpo. Una teoría del cuerpo en el extremo contemporáneo. México, La Cifra editorial.

Lipovetsky, G. (2000). La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona, Ed. Anagrama.

Logrando, V. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. En: Bauza, C. y Céliz, O. Obesidad. Causas, consecuencias y tratamientos. Argentina, El Emporio ediciones, pp. 529-547.

López, O. (2001). La polarización de la política de salud en México. Cad. Saúde Pública, 17(1):43-54.

Lustig, N. 1994, México hacia la reconstrucción de una economía. México, Ed. FCE/COLMEX.

Machover, K. (2008). Test de la figura humana. México, Ed. Colofón.

Majarrez, I., González, L. y Kaufer, M. (2010). Actividad física y ejercicio para un estilo de vida saludable. En: García, E. Et. al. La Obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento. México, Ediciones México Panamericana, pp.245-250.

Mardomingo-Sanz, M. (2000). La obesidad como enfermedad social. En: Moreno-Esteban, B. Obesidad. La epidemia del siglo XXI. Madrid, Ed. Diaz de Santos, pp. 100-109.

Márquez, G. (2000). Evolución y estructura del PIB, 1924-2010. En: Kuntz, S. Historia económica general del México. De la colonia a nuestros días. México, Ed. COLMEX, pp. 549-572.

Márquez, G. (2010). Del autoritarismo agotado a la democracia frágil, 1985-2010. En: Velázquez, E., et. al. Nueva historia general de México, México, Ed. COLMEX, pp. 747-792.

Marx, K. (2001). Introducción a la crítica de la economía política/1857, México, Siglo XX editores.

Norma Oficial Mexicana (1998). NOM-174-SSA1-1998 Para el manejo integral de la obesidad. En línea: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html> Consultado el 5 de Septiembre del 2014.

Norma Oficial Mexicana (2010). NOM-008-SSA3-2010, Para el manejo integral de la obesidad. En línea: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010) Consultado el 5 de Septiembre de 2014.

Norma Oficial Mexicana (2010a). NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados. Información comercial y sanitaria. En línea: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5137518](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5137518) Consultado el 4 de Septiembre de 2014.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva 311 En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Consultado el 11 de Marzo de 2015.

Ornelas, J. (2001). El proyecto Económico de Vicente Fox, Revista de la Facultad de Economía de la BUAP, México, 2001:VI(17); 110-122.

Presidentes, (2015). José López Portillo. En línea: <http://presidentes.mx/presidentes/jose-lopez-portillo/> Consultado el 9 de Abril del 2015.



Ranero, M. (2000). Obesidad y trastornos psiquiátricos. Orientaciones terapéuticas. En: Moreno-Esteban, B. Obesidad. La epidemia del siglo XXI. Madrid, Ed. Diaz de Santos, pp. 329-339.

Restrepo, P. (2005). Evaluación y vigilancia de la composición corporal del paciente obeso. En: Gonzalez-Barranco, J. Obesidad. México, Ed. McGraw Hill, pp. 103-121.

Salin-Pascual, R. (2005). Aspectos psiquiátricos de la obesidad. En: Gonzalez-Barranco, J. Obesidad. México, Ed. McGraw Hill, pp. 243-248.

Secretaría de Educación Pública/Secretaría de Salud. (2010a). Estrategia 5 pasos para la salud escolar. México, Gobierno Federal.

Secretaría de Educación Pública/ Secretaría de Salud. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México, Gobierno Federal.

Secretaría de Salud, (2013). Estrategia Nacional para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y diabetes. En línea: [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf) Consultado el 5 de Noviembre de 2014.

Soberón, G. (1996). La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. Salud Publica Mex, 38(5):371-378.

Tamez, S., Eibenschutz, C., Camacho, I., & Hernández, E. (2011). Neoliberalismo y política sanitaria en México. En línea: <http://www.fsms.org.br/arquivos/neoliberalismo1.pdf> Consultado el 14 de Abril del 2015.

Velazquez-Alva, M. (2005). Composición corporal. En: Gonzalez-Barranco, J. Obesidad. México, Ed. McGraw Hill, pp. 79-91.

Vigarello, G. (2011). La metamorfosis de la grasa. Historia de la obesidad. Desde la Edad Media al siglo XX. Barcelona, Ed. Península.

Vigarello, Georges. (2010). La metamorfosis de la grasa. Historia de la obesidad. Desde la Edad Media al siglo XX. Barcelona, Ediciones Península.

## Anexo 1. Guion de entrevista para personas con sobrepeso y obesidad en Distrito Federal,

### I. Datos sociodemográficos

1. ¿Podrías darme un seudónimo con el que te gustaría que te identificara?
2. ¿Tu edad?
3. ¿Tienes pareja(s)?
- 3.1 **(En caso afirmativo)** ¿Cómo la describirías (física, emocional, etc.)?
4. ¿Alguien de tu familia ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?
- 4.1 **(En caso afirmativo)** ¿Desde cuándo ese miembro de tu familia ha tenido sobrepeso u obesidad?
  - 4.2 ¿Sabes si alguna vez ha realizado algún mecanismo para cambiarlo? ¿Qué ha sido y cómo has visto tú ese proceso?

### II. Cómo miran su cuerpo

1. ¿Cómo describirías tu cuerpo?
2. ¿Cómo te sientes con tu cuerpo?
3. Si tuvieras la oportunidad de hacer algún cambio en algún área en específico ¿qué parte o partes cambiarías y cómo sería(n) ese cambio?

Parte(s) del cuerpo	Cómo es	Cambio que realizaría

4. ¿Alguna vez has recibido un comentario negativo respecto a tu apariencia física?
  - 4.1 **(En caso afirmativo)** ¿Cuál ha sido y de quién/quienes ha provenido?
5. En tu casa ¿Tienes espejos? ¿En dónde están y cómo son? (cuerpo completo, tipo retrato,  $\frac{3}{4}$ , etc.).
6. ¿Cuántas veces acudes a ellos y por qué motivos lo haces?
7. ¿Cómo te percibes frente al espejo?
8. ¿Cuál o cuáles son las partes de tu cuerpo que más te gustan y por qué?
9. ¿Cuál o cuáles son las partes de tu cuerpo que menos te gustan y por qué?

### III. Autodefinition del cuerpo obeso y con sobrepeso

1. En tu opinión ¿cómo describirías el sobrepeso y obesidad?
2. Para ti ¿estos dos conceptos son lo mismo?
3. ¿Para ti el sobrepeso y la obesidad son una enfermedad o qué representan para ti?
4. ¿Consideras que el sobrepeso y obesidad han sido vistos de la misma forma desde que lo presentó la primera persona? ¿Por qué?
5. ¿Qué representa el peso para ti?
6. En tu caso ¿crees que hubo algo en específico que causó esto en tu cuerpo? ¿Qué fue?
  - 5.1 **(En el caso en particular de que no toda su vida haya sido una persona obesa o con sobrepeso)** ¿Desde cuándo viste que presentabas esta característica?
7. ¿Por qué motivos crees que esta característica del sobrepeso y obesidad se presenten en el cuerpo?
8. ¿Consideras que se presenta de igual forma en hombres que en mujeres? ¿Por qué?
9. ¿Consideras que la obesidad se viva de igual forma en los hombres que en las mujeres? ¿Por qué?
10. ¿En qué parte o partes de tu cuerpo es más fácil de que encuentres esta característica?

11. ¿Consideras que el trato y manera en que puedes desarrollarte (en la escuela, familia, amigos) es la misma para una persona con sobrepeso y obesidad que para una persona más delgada? ¿Por qué?

#### IV. Disciplinamiento corporal

1. ¿Has realizado o realizas alguna rutina de ejercicio o alimentación?
  - 1.1 (En caso afirmativo) ¿Cuál(es)?
  - 1.2 ¿Quién te recomendó estas actividades?
2. ¿Cómo se ha modificado tu alimentación actualmente?
3. ¿Cuánto dinero aproximadamente destinas al mes para tu comida?
4. ¿Generalmente dónde comes? (casa, fonda, se lleva su comida, etc.) ¿Lo haces acompañado?
  - 4.1 Cuando vas hacer el súper ¿Qué alimentos compras normalmente?
  - 4.2 ¿Por qué eliges estos y no otros?
  - 4.3 Tu comida ¿la cocinas tú o cómo le haces para seguir tu dieta?
  - 4.4 ¿Qué cosas te costaron más trabajo dejar de consumir y por qué?
  - 4.5 Si por algún motivo llegas a consumirlas (es decir rompes tu rutina) ¿Cómo te sientes?
  - 4.6 ¿Haces alguna actividad complementaria?
5. Sobre tu rutina de **ejercicio** ¿qué tiempo le dedicas y en qué espacio lo realizas?
  - 5.1 ¿Cómo te sientes cuando lo realizas?
  - 5.2 ¿Con qué elementos cuentas para realizar tu rutina?
  - 5.3 ¿Has visto que haya espacios seguros y accesibles para ti (como un parque, deportivo, gimnasio, etc.) donde puedas realizar ejercicio cerca de tu casa?
  - 5.4 ¿Consideras que todas las personas (sean obesas o delgadas) pueden realizar las mismas actividades de ejercicio?
6. ¿Consideras que cuentas con el apoyo de familia, amigos, pareja, etc. En relación a la alimentación y ejercicio? ¿Por qué sí o no?
7. ¿Consideras que existen rutinas (tanto de alimentación como de ejercicio que pudieran impactar en la obesidad y sobrepeso? ¿Cuáles?
8. ¿Por qué motivos decidiste realizar estas modificaciones en tu vida?
9. ¿Qué actividades te gusta realizar en tu tiempo libre y cada cuándo lo haces?

#### **PARA PERSONAS QUE NO HAN MODIFICADO SU VIDA COTIDIANA**

1. ¿Cuáles han sido tus motivos por los cuales no realizas rutina de ejercicio y/o alimentación en tu vida cotidiana?
2. ¿Normalmente qué estás acostumbrado a comer?
  - 3.1 ¿Cuánto dinero destinas aproximadamente al mes para tu comida?
  - 3.2 ¿Generalmente dónde comes? (casa, fonda, se lleva su comida, etc.) ¿lo haces acompañado?
  - 3.3 ¿Por qué motivos crees que sea complicado para ti seguir una rutina de alimentación y ejercicio?
  - 3.4 Cuando vas hacer el súper ¿qué alimentos compras normalmente?
  - 3.5 ¿Tú cocinas tu comida?
  - 3.6 ¿Qué alimentos son tus preferidos y por qué?
4. Donde tú vives ¿hay cerca espacios seguros como un parque, deportivo, gimnasio, etc.)?
5. ¿Has llegado a tener algún dolor en tu cuerpo? (rodillas, espalda)
6. ¿Has llegado a presentar cansancio sin saber por qué?
7. ¿Presentas actualmente alguna enfermedad? (en caso afirmativo) ¿Cuál y desde hace cuánto tiempo?
8. Si en algún momento decidieras modificar tu alimentación o rutina de ejercicio ¿Crees que contarías con el apoyo de tu familia, amigos, pareja? ¿Por qué?
9. ¿Qué actividades te gusta realizar en tu tiempo libre y cada cuándo lo haces?

#### V. Institución Médica (Hegemónica)

1. ¿Consideras que el sobrepeso y la obesidad pueden ser una enfermedad? ¿Por qué?
2. A ti al interior del sector salud ¿te han dicho que presentas alguna de estas dos características corporales?
3. ¿Cómo te sentiste y qué pensaste de lo que te mencionaron respecto al sobrepeso y/o obesidad?
4. ¿Consideras que deber realizar cambios en tu vida?

- 4.1 (En caso afirmativo)** ¿Qué modificaciones realizarías? (rutina, aspectos de la vida cotidiana, dinámica interpersonal, etc.)
5. ¿Has llegado a escuchar enfermedades o problemas que se asocien con el sobrepeso y obesidad?
- 2.1 (En caso afirmativo)** ¿Cuáles y en dónde recuerdas que las escuchaste?
- 2.2** ¿Presentas alguna de estas enfermedades a las que se asocia el sobrepeso? ¿cuáles?
6. ¿Conoces o has escuchado hablar de la Estrategia Nacional para el Control y Prevención del sobrepeso, Obesidad y Diabetes?
- 1.1 (En caso afirmativo)** ¿En qué recuerdas que consiste?
- 1.2 (En caso negativo)** ¿Conoces algún otro programa o plan que haga énfasis en el sobrepeso u obesidad? ¿Cuál(es)?
7. Podrías enunciar una lista de adjetivos que tú asocies o hayas escuchado que asocian a las personas que tienen sobrepeso y obesidad.

Adjetivos vinculados al sobrepeso y obesidad
1.
2.
3.
4.
5.

8. ¿Por qué crees que se asocien este tipo de palabras a las personas con sobrepeso y obesidad?
9. Cuando has llegado a enfermarte y acudes al médico ¿Alguna vez éste ha hecho énfasis en la importancia del peso?
- 9.1 **(En caso afirmativo)** ¿Qué mencionó?
- 9.2 ¿Qué piensas al respecto?
- 9.3 Antes de pasar a consulta ¿alguien por parte del personal de salud ha llegado a medirte, pesarte y tomar tus signos vitales?
10. ¿Tú cómo definirías un cuerpo saludable?
11. ¿Tú cómo definirías un cuerpo enfermo?
12. ¿Has llegado a recibir recomendaciones sobre alimentación y ejercicio en alguna dependencia de salud?
- 12.1 ¿Qué piensas al respecto?

## VI. Otros espacios y alternativas para el control del peso

1. ¿Has llegado a ver en algún medio de comunicación algún anuncio o imagen en torno al sobrepeso y obesidad?
- 1.1 (En caso de afirmación) ¿Cuál fue y de qué trataba?
2. En la televisión u otro espacio ¿has escuchado algún producto que ofrece bajar de peso?
- 2.1 (En caso afirmativo) ¿Cuál? ¿Los has consumido? ¿Cómo te resultaron?
3. Si pudieras decirle a alguien algo respecto a qué te gustaría que considerara de una persona con obesidad o sobrepeso ¿Qué sería?

Muchas gracias por tu participación

## Anexo 2 Carta de consentimiento informado

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por \_Claudia Garza González\_, de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. La meta de este estudio es conocer la construcción social de las corporalidades con sobrepeso y obesidad en el Distrito Federal.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 50 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un seudónimo y número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la entrevistadora o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es:

---

---

Me han indicado que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Claudia Garza González al teléfono \_\_\_\_\_.

---

Seudónimo del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha