

ARTÍCULO DE OPINIÓN

CONVENIOS PERVERSOS EN SALUD EN UN PAÍS DE ENSUEÑO

Casas Patiño, Donovan^{1,2}; Rodríguez Torres, Alejandra² y Guerrero Alcocer, Vianey¹

¹Universidad Autónoma del Estado de México-Centro Universitario Amecameca, Estado de México. ²Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar 195, Estado de México.

Resumen: Este trabajo es una reflexión a dos problemáticas en salud que vive México, que son consecuencia social de la marginación del colectivo, desnutrición y obesidad son dos patologías que tienen un origen similar, que se ha tratado de combatir sin resultados óptimos, por lo cual nos damos a la tarea de reconstruir el escenario social para una intervención desde el sentido común en la búsqueda de soluciones reales a problemáticas tangibles. El análisis social de la salud como protección y derecho del colectivo, debe coexistir dentro de las políticas en salud, y no debe continuar desvirtuada la realidad en salud, por discursos siniestros de una realidad fantasiosa, es momento que la medicina como practica social inicie un camino hacia la búsqueda de un mundo amigable.

Palabras clave: Desnutrición, Obesidad, Políticas públicas en salud.

Recibido: 13 Enero 2014. Aceptado: 28 Agosto 2014. Publicado: 7 Octubre 2014.

PERVERSE AGREEMENTS OF FROM HEALTH AT ON A COUNTRY-DREAM

Abstract: This work is a reflection of two problematic health Mexico is experiencing, which are the result of social marginality of the collective malnutrition and obesity are two pathologies that have a similar origin, which has attempted to combat without optimal results, so we give the task of rebuilding the social stage for an intervention from the common sense in the search for real solutions to tangible problematic. The social analysis of health protection and the right of the collective must coexist inside policies in health, and should not continue distorted of reality in health, for claims discourses a fantasized reality, time that medicine a social practice start a path towards search for a friendly world.

Key words: malnutrition, obesity, public health policies

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades infecciosas son una amenaza importante para la salud humana [1]. En los países tropicales éstas constituyen la principal causa de muertes prematuras [2,3]. Los fármacos antimicrobianos son una de las armas más importantes en la lucha contra las enfermedades infecciosas y su introducción ha contribuido a la mejora de la calidad de vida [4]. Sin embargo, la mayoría de los antimicrobianos tienen limitaciones en términos de su espectro de actividad, el incremento de los costos de producción y los efectos secundarios. Por otra parte, es bien conocido que el uso no racional de estos fármacos por parte tanto de clínicos como de pacientes incide significativamente en el incremento de resistencias [1].

La relación que se guarda entre salud y políticas públicas, es completamente significativa si en términos epidemiológicos científicos pudiésemos afirmarlo, pero la relación está marcada por infinidad de compromisos políticos electorales y de poder, que en la búsqueda de la salud de un colectivo los profesionales en salud

quedan a merced de las políticas en salud ejercidas por el momento político, esta reflexión que se presenta tiene como objetivo abrir el campo de la medicina como práctica social contestaría en la búsqueda de colectivos con derechos universales no coaptados por el eje de poder social, la medicina es y debe ser práctica social por profesionales de la salud.

México al igual que el resto del mundo, se encuentra anegado dentro de políticas neoliberales, lo que ha conllevado a escenarios excluyentes de su colectivo, en esta nueva era histórica se vive marcado por un mundo globalizado, donde la felicidad se obtiene acumulando bienes, un colectivo hedonista que se ha perfilado hacia el individualismo, despertando en su núcleo necesidades mercantilizadas e imaginarios de pertenencia social en base a consumos con el fin de calmar las emociones de exclusión social provocadas por el vaivén de una vida fugaz, constructos de privatización a gran escala con dominación del otro, *“erosión de las identidades sociales, con abandono ideológico y político, bienvenido a la era del vacío y la inmediatez”* [1], donde los individuos son despersonalizados y remodelados a condiciones



económicas mercantilistas de un modo de vida, de aspiraciones y de control social.

La salud en este tenor no es la excepción, por contrario, **se comenta que es un bien que no tiene precio**, mejor dicho, sí lo tiene, puesto que detrás de esta búsqueda incesante de salud en los colectivos, existe una construcción mercantil usurera que busca interés de capital monetario a costa de la salud, donde la medicina en su práctica médica con mirada biomédica hegemónica curativa aparentemente “resolutiva” a corto plazo del padecer, compite por la ganancia económica del diagnóstico médico, la salud y la medicina en estos tiempos se convierte en una herramienta de sometimiento y biocontrol. Son precisamente **la inmediatez, la soledad, el individualismo, el poder social, la condición de clases, la domesticación médica, la tecnología y tecnoburocracia**, lo que condiciona que como profesionales de la salud nos alejamos más y más del otro, del que padece, del que siente, del que pide, del que sufre, creando así una brecha más grande entre el que vive sumergido en los mares del olvido y el que tiene el conocimiento como poder de participación social, creándose así las brechas de la interrelación impersonal y operativa en un país que se describe como de en-sueño.

La realidad que se vive en México puede ser la realidad de otro país a menor escala en otra latitud del planeta, en este país el transcurrir de los días es más complicado con el paso de las estaciones y los sexenios políticos, **el sentido común** se encuentra coaptado por el Estado y los medios corrosivos de comunicación, **el sentido común** del colectivo que **es aquello que refleja la realidad imperante del fenómeno social en su propia dinámica** nos ofrece perspectivas incongruentes del discurso político oficial, la pobreza en México azota a 97 millones 440 mil mexicanos (82 por ciento del total de la población), esto quiere decir que de cada 10 mexicanos 8 sufren esta desgracia [2], a diferencia de las cifras oficiales que reportan 52 millones, las políticas de combate a este mal se desvanecen enfocándose en regalar 13.8 millones de televisiones digitales (Foto 1), una por hogar, esto para lograr que el

apagón analógico en el país se cumpla para el 31 de diciembre de 2015 fecha límite establecida en la reforma de telecomunicaciones aprobada en 2013, en aras del Programa de Trabajo para la Transición a la Televisión Digital Terrestre (TDT), ya publicado en el Diario Oficial de la Nación [3,4], dejando a un lado el problema principal que azota aun país **el hambre, la marginación y la pobreza**, además por si fuera poco sin consulta de la colectividad mexicana, en aras de un gobierno demócrata autoritario dictador se aprobó esta ley desvirtuando el sentido más amplio de la garantía universal del ser humano la **participación social**, aquí se demuestra que la **inequidad** se antepone cuando coexiste una desigualdad (social, cultural, política, religiosa, de salud, económica, etc.) donde el poder se ha acumulado en algunos cuantos los cuales manifiestan tendencias incongruentes de la necesidad básica del individuo en este caso los sistemas alimentarios.

En el país de la ignominia, la **desnutrición** azota a México desde sus inicios como nación, esta ha sido históricamente un problema de salud pública sus primeros estudios están plasmados en el artículo publicado por Patrón Correa en Yucatán (1908) denominado “¿Qué es la culebrilla?”, haciendo referencia a una entidad nosológica la cual Carrillo Gil demostró más tarde, que era equivalente clínicamente al Kwashiorkor y se debía a una hipo alimentación cuantitativa y cualitativa. Tiempo después Federico Gómez (1946) en su artículo “Desnutrición” reconoce que toda la diversidad de los Síndromes referidos anteriormente eran grados de un mismo padecimiento de etiología variada, que actualmente se le denomina Desnutrición [5]. A esta se le asocia con problemas en salud grave como; debilidad visual, talla baja, agrupación fuerte como predictor de mortalidad [6,7], enfermedades infecciosas –gastrointestinales, respiratorias, piel, inmunológicas, etc.- [8], disminución de la capacidad intelectual, alteración en la curación de heridas, trastornos emocionales - ansiedad, depresión, irritabilidad-.





Gerardo Ruiz Esparza (de derecha a izquierda ultimo personaje), secretario de la Secretaria de Comunicaciones y Transporte (SCT) y el gobernador de Tamaulipas, Egidio Torre Cantú (de derecha a izquierda penúltimo personaje) en la “entrega” de televisores digitales con la beneficiada a la que no dejaron que se lo llevara, Simulacro de entrega.

Foto: Milenio

La **desnutrición** es un proceso que se inicia cuando el individuo no ingiere lo suficiente como para cubrir sus necesidades y progresa hasta la aparición de cambios funcionales y estructurales que están relacionados con la duración y severidad de la restricción, que afectan adversamente la salud y la calidad de vida, en México se tienen datos de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, que existen 1, 194, 805 niños con desnutrición crónica en el país, esta desnutrición crónica está presente en zonas urbanas en un 10.1% y en zonas rurales de 19.9%, cabe mencionar que según la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) y la ONU, México es el segundo país con mayor desigualdad económica, 45.5% de la población (53.3 millones de personas) vive en condiciones de pobreza de las cuales 9.8% (11.5 millones) viven en pobreza extrema, el 23.3% (27 millones) de la población vive en pobreza alimentaria y el 12.5%

sufre desnutrición crónica [9;10], esta situación ha conllevado a políticas de tipo paternalista partidaria electoral, y desde hace décadas sin resultados claros, comprobables y sustentables, los principales programas son:

El **Programa de Desarrollo Humano Oportunidades** (Oportunidades), que tiene como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza alimentaria con el fin de favorecer el desarrollo de las capacidades asociadas a la educación, la salud y la nutrición [4]; esto lo hace a través de una transferencia monetaria; atención y promoción a la salud de los grupos vulnerables y apoyo a la educación.

El programa de **Abasto Social de Leche** (Liconsal), cuya finalidad es apoyar a los hogares beneficiarios para que puedan tener acceso al

consumo de leche fortificada con micronutrientes a bajo precio [11].

El **Programa de Apoyo Alimentario** (PAL), que atiende a población altamente vulnerable y que no cuenta con los beneficios de Oportunidades.

El **Programa de Desayunos Escolares** (PDE) del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) está dirigido a niñas y niños con algún grado de desnutrición y en situación de riesgo, que asisten a planteles públicos de educación preescolar y primaria [12].

Además, por si no fueran tan amplios y variados estos programas, en México se creó otro más basado en la experiencia Cero Hambre en Brasil -*aplicada hace una década en Brasil que ya no existe, ahora hay un programa que se llama Brasil sin Miseria*- [13], este programa se anunció como la epopeya de toda gran campaña la **Cruzada Contra el Hambre** [14], delimitada a otorgar alimentos en 500 comedores a nivel nacional, esta campaña dio su banderazo de salida en el 2013 **con esto se pretende abatir la pobreza alimentaria de 11 millones de mexicanos** para el 2015 [15], como compromiso del Milenio, la pregunta que se desprende es **¿y los otros millones de pobres con que políticas sociales se atenderán?**, aunado a lo anterior la falta de transparencia con la que se ha operado este programa conlleva a mencionar fraudes cuantiosos en esta **Cruzada Contra el Hambre** -*actividades culturales, como los concursos de cortometrajes, fotografía y conciertos*- [13,16,17,18], además de iniciar sin presupuesto federal [19] y manipulando al colectivo a través de este programa [20], la marginación y la pobreza seguirá en aumento, como se pretende continuar con programas sin sentido sustentable y participativo, el reconocimiento de la marginación en México no es suficiente, en realidad se debe ir más allá: si no se eliminan las causas de la pobreza, marginación, penurias, miseria social, y el hambre difícilmente se podrán resolver los enormes desafíos que persiguen y azotan a la gran mayoría de los mexicanos.

Aunado a lo anterior, en este mar de historias epidemiológicas de lo social la **Obesidad** azota sin piedad al colectivo, la **obesidad** se considera como una enfermedad crónica multifactorial que se define como el exceso de grasa corporal que pone al individuo en una situación de riesgo para su salud, se determina a partir del cálculo en el índice de masa corporal (IMC) que se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado, un IMC mayor de 30 es obesidad, y entre 25 y 29.9 sobrepeso [21,22], la obesidad se considera una patología de riesgo variada agrupada a: lumbalgia, infertilidad, osteoartritis, hiperuricemia, disnea, apnea del sueño, diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, litiasis vesicular, accidentes cerebrovasculares, ovarios poliquísticos, síndrome metabólico, dislipidemia [23], catarata, enfermedad del hígado graso no alcohólico, además disminuye la esperanza de vida en un promedio de 9 años y actualmente asociado a cáncer de mama, colon, endometrio [24,25,26,27] y estigma social [28]. Según datos de la segunda encuesta de salud y nutrición de los Estados Unidos (NHANES) [29], las personas obesas entre 20 y 75 años de edad tienen un riesgo relativo 2,9 veces mayor de enfermar de Diabetes Insulina Dependiente que las personas de peso normal. La misma encuesta muestra que ese riesgo relativo es de 3,8 para los obesos de 45 a 75 años, y de 2,1 para los de 20 a 25 años.

En México, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales muestran un incremento constante de la prevalencia al largo tiempo. De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado alcanzando proporciones alarmantes [30,31,32,33]. El sobrepeso y la obesidad se han convertido en el factor de riesgo modificable más importante del país. En la actualidad 71.3 % de los adultos mexicanos padece esta condición, con una prevalencia ligeramente elevada en las mujeres y por grupo de edad la obesidad es más frecuente en la cuarta y quinta década de la vida [34]. Para México, el costo de la obesidad ha sido estimada en 67 000 millones de pesos en el 2008, y se estima que para el 2017 fluctúe entre 78 000 millones y



101 000 millones en pesos, de ahí la importancia de tomar iniciativas de contención de esta pandemia, por considerar un posible colapso del sistema de salud al verse excedido por los recursos en demanda de atención [35].

El comportamiento de México respecto al estado nutricional de la población adulta, es de 73 de cada 100 mujeres y 69 de cada 100 hombres adultos presentan exceso de peso; es decir, la sumatoria de ambas categorías: sobrepeso y obesidad, la ENSANUT-2012 reportó que la prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población adulta por el tipo de localidad de residencia, es para la categoría de sobrepeso muy similar en ambos tipos de localidades: rural (39.1%) y urbana (38.8%), **para la categoría de obesidad se encontró una diferencia de 7.5 puntos porcentuales mayor en las urbanas (34%) en comparación con las rurales (26.5%)**, esto debido a: migración poblacional del exterior al interior por modelo económico centralista y semi-industrializado, otro, dinámica social en nutrición caracterizado por un alto consumo de alimentos ricos en grasas de origen animal, hidratos de carbono procesados, harinas refinadas y azúcares simples (**es más barato y económico consumir una sopa procesada -Maruchan- que procesar un kilo de frijol**), y bajo consumo de proteínas y carnes magras además de nula fibra alimentaria, también encontramos jornadas laborales largas, extenuantes y mal pagados, los niños y adolescentes con horarios escolares amplios con poca actividad física y con horarios inadecuados para alimentación, lo que condiciona una alimentación fugaz, rápida y barata.

México en esta época de implantación de políticas neoliberales, ha desmantelado por completo la producción del campo por falta de subsidios, el frijol, el maíz, la leche, leguminosas y cárnicos, ahora son más caros que los alimentos procesados o productos denominados chatarra, situación que llevó a que las familias de bajos ingresos comenzaran a consumir pastas y otros productos de bajo precio, pero con altos niveles de carbohidratos y azúcares [36], en ese sentido este

país de en-sueño debería caracterizarse por un patrón de consumo más rico en alimentos de origen animal, pescados y mariscos y cereales; en suma, más diversificado, así como una mejor condición de los ingresos de la población.

La realidad es que el estado nutricional del país no puede ser arrebatado del análisis económico-político-cultural-social, puesto que los sistemas alimentarios van ligados por completo al sistema filial cultural donde toda dinámica social influye directamente e indirectamente en esta práctica, es por esto que en un periodo de 10 años en México el aumento en la compra y consumo de alimentos tales como refresco y carbohidratos refinados se han filtrado en el colectivo, reafirmado y colocando dentro de la preferencias del gusto, usos y costumbres de la colectividad mexicana, dejando a un lado productos como cárnicos, leche, frutas y verduras [37], por otro lado esto puede también analizarse desde la vertiente de un ingreso per cápita cada día más reducido, con restricción salarial que se ha convertido en un verdadero despojo de orden social, en el que el promedio nacional de percepción de los trabajadores es de apenas 8 dólares por jornada cuando en otras naciones se paga eso por una hora, el país padece el empobrecimiento generalizado de su sector laboral [38].

En ese mismo tenor la situación de la alimentación actual está basada en aquellos productos que se encuentran al alcance económico y del entorno, de esta manera el individuo y la colectividad sufre una domesticación que involucra cambio en los hábitos alimentarios la llamada **transición dietológica de la hipermodernidad**, la mercadotecnia televisiva, de radio e internet conducen al colectivo hacia el consumo de alimentos traídos de otras latitudes, los cuales se insertan como dieta básica; **Coca-Cola, Pepsi-cola, Burger King, McDonald's, PizzaHut, DominosPizza, Sabritas, Bimbo, Chocomilk, Zucaritas, etc.**, se han incorporado a la dieta mexicana sin restricción alguna por parte del Estado el cual podría salvaguardar un status



dietológico cultural nutritivo, por otro lado la accesibilidad a establecimientos comerciales donde se expendan alimentos rápidos en su preparación como; **Embutidos, Sopas Instantáneas, Tacos, Pizzas y Guisados Congelados, etc.**, son en muchas de las ocasiones baratos, fáciles de obtener y disponer en cualquier horario, y que en su preparación culinaria se traduce en platillos fáciles de elaborar, con lo cual esto se convierte en ahorro de tiempo, preparación rápida y listos para comer (deglutir); aquí cabe señalar, que **si el alimento es constructo cultural, a la obesidad se le debe entender: como una respuesta social de adaptación colectiva en aras de preservación del ideario cultural**, ahora bien si un pilar fundamental de combate a la obesidad es una alimentación balanceada, adecuada, disponible y nutritiva, cabría resaltar que los alimentos de cada individuo están condicionados por la cultura, esto es en una dieta accesible y dieta preferida, la primera es el conjunto de alimentos y bebidas a las que puede acceder en un entorno cercano, ya sea económicamente o por localidad, la segunda es el conjunto de alimentos y bebidas que son elegidos sin obstáculo alguno, entonces un acercamiento a la realidad colectiva en el cambio de hábitos alimenticios donde la diversidad en estos es reinante de la esfera neoliberal, se puede concluir que a pesar de múltiples políticas en salud de castigo a empresas de engordura **el inserto cultural de apropiación de alimentos preferidos se ha consolidado en el gen social del colectivo mexicano, el cual se reproducirá socialmente sin remordimiento alguno.**

Anteriormente se consideraba que la obesidad (mala nutrición por exceso) y la desnutrición (mala nutrición por ausencia), tenían causas y etiologías diferentes, y que además eran completamente opuestas, se malentendía que la desnutrición era consecuencia de estados de carencia causados por la pobreza y que la contraparte, la obesidad derivaban de situaciones de abundancia y sedentarismo, sin embargo, actuales investigaciones han revelado que la presencia de estados comorbidos de desnutrición durante periodos críticos en el crecimiento y

desarrollo fetal durante la gestación y el primer año de vida, se vinculan con aumento en el riesgo futuro de padecer diabetes tipo II, hipertensión y enfermedad coronaria, esto se considera la **hipótesis de Baker** [39,40], la cual postula el origen fetal de las enfermedades crónicas no transmisibles, esto sugiere que la desnutrición intrauterina tiene efectos en la programación de la estructura y función de órganos y tejidos, y estos efectos dan origen a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Existen también otras teorías que se atribuyen la asociación entre el crecimiento fetal y el riesgo de futuras enfermedades crónicas al aumento rápido de peso que en compensación sufren los niños que nacen con bajo peso, lo que resulta en cambios endocrinos y metabólicos que lleva a las enfermedades crónicas [41,42], esta desnutrición que prevalece en el periodo crítico de la gestación y los primeros dos años de vida tiene efectos adversos en el **crecimiento** (talla baja), **desarrollo mental, desempeño intelectual y desarrollo de capacidades**, además de aumentar el riesgo a **padecer enfermedades crónicas** a largo plazo, particularmente en poblaciones que experimentan transición nutricional, esta desnutrición contribuye directamente a la perpetuación de la pobreza, puesto que en definitiva durante el curso de la vida infantil esta tendrá efectos en la salud y el desarrollo de las capacidades, que si esta se mantiene en una línea recta encontraremos adolescentes y adultos, con capacidades de desarrollo deficientes para su actividad laboral, que al final repercutirá en la cuestión económica de ingreso per cápita del hogar al que conforman, condicionando una **reproducción social** [43] continua de pobreza y marginación. La desnutrición hoy en día debe mirarse a través de sus causas complejas las cuales involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales, donde el estado nutricional de una persona debe ser visto como el resultado de múltiples factores biológicos y sociales, y no solo desde una mirada acotada biomédica curativa.



CONCLUSIONES

En México se viven dos momentos en común la **obesidad** y la **desnutrición** en relación al grado de salud del colectivo, como tradición mexicana el significado de un individuo de cara redonda con cuerpo ancho aunado a un niño de talla baja con redondez de su cuerpo ha condicionado una construcción simbólica de normalidad patológica de la realidad del país, caminar y transitar por las calles de la ciudad y sus pueblos marcan dentro de fotografías etnográficas un contenido de normalidad patológico, donde la tradición mexicana con su barroco y muralismo convierte a esta mexicanidad en una tradición de cultura patológica, convirtiéndose así en dicotomías perversas en salud en un país de en-sueño.

Estas dos patologías tienen un grado negativo de asociación hacia perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, y estas pueden llevar a gastos catastróficos de bolsillo de manera individual y colectiva, además de aumentar los costos de atención médica por complicaciones de la patología de fondo, así como asociación a mortalidad prematura y aumento de la discapacidad, estos gastos son especialmente graves en colectivos no asegurados y empobrecen a las familias de quienes padecen esta condición, generada a través de la modificación negativa de los factores de determinación social asociados a esta dicotomía.

El Estado en esta dicotomía perversa en salud del siglo XXI, ha buscado el bienestar social del colectivo, desde una mirada biomédica acotada y perversa, donde la atención y solución a la problemática de la obesidad/desnutrición ha sido desde una mirada biomédica, partidista electoral, el sentido común muestra una realidad imperante no solo exclusivamente de una región sino de todo un planeta que en aras de algunos cuantos capitalistas neoliberales perjudica de manera directa e indirecta a los que menos tienen arrojándoles a un destino de olvido y marginación,

un mundo de inequidad donde el mundo moderno ha llegado a su fin y algo nuevo debe reemplazarlo, es momento no solo de buscar alternativas locales es momento de iniciar un movimiento de **participación social** en todo el planeta y darnos cuenta que no solo en el país del en-sueño se vive así, es momento de la búsqueda continua de una **comunidad planetaria amigable y saludable**.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma del Estado de México-Centro Universitario Amecameca, y a CONACYT por la convocatoria retención y repatriación de PTC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lipovetsky G. La era del vacío. 1era reimp. Editorial Anagrama S.A., Impreso en México, D.F., 2013
2. Olivares E. El gobierno de México no ha realizado acciones efectivas para erradicar la pobreza. La Jornada Sección Política. 22 de mayo del 2014. [último acceso 02 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.jornada.unam.mx/2014/05/22/politica/014n1pol>
3. DOF (Diario Oficial de la Nación). Programa de Trabajo para la Transición a la Televisión Digital Terrestre (TDT). Secretaría de Gobernación, Publicado el 13 de mayo del 2014. [último acceso 02 de julio del 2014] Disponible en el Link: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5344585&fecha=13/05/2014
4. Sedesol (Secretaría de Desarrollo Social). Programas de la Secretaría de Desarrollo Social. Una guía Rápida. México. Secretaría de Desarrollo Social, 2012.
5. Ávila A. Hambre desnutrición y sociedad la investigación epidemiológica de la desnutrición en México, México (DF): Ed. Universidad de Guadalajara; 1990. (Colección Fin del Milenio, Serie Medicina Social). 89-175.
6. Capote Lázaro, Mora S, Artimes Y. Impacto de la malnutrición sobre la mortalidad en los pacientes en hemodiálisis crónica. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2005 Sep. [citado 2014 Mayo 15]; 34(3). [último acceso 04 de julio del 2014] Disponible en el Link:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000300001&lng=es.

7. Álvarez M, Vázquez D, Mollineda O, Rubens M. Mortalidad en pacientes desnutridos ingresados en cuidados intensivos: Factores de riesgo. *Rev Cubana Pediatr* [revista en la Internet]. 1999 Dic [citado 2014 Mayo 15]; 71(4): 215-221. [último acceso 04 de julio del 2014] Disponible en el Link: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000400005&lng=es.

8. Quiroga F. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, Colombia, 2003-2007. *Biomédica* 2012; 32: 499-509.

9. OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). *Factbook: Economic, environmental and social statistics*. 1ed. Editorial OECD PUBLISHING, Paris, Francia, 2014. [último acceso 06 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3013081e.pdf?expires=1400171953&id=id&accname=guest&checksum=4DA2B0B3C5167E07388409C4B38EF5E9>

10. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (ONU). *Herramientas para Localizar los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. NY, 2005: PNUD. [último acceso 08 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://lencd.com/data/docs/247-Toolkit%20on%20Localising%20the%20MDGs.pdf>

11. Liconsa. *Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Social de Leche, a cargo de Liconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2012*. [último acceso 01 de julio del 2014] Disponible en el Link: http://www.liconsa.gob.mx/wp-content/uploads/2012/06/reglas_liconsa_2012.pdf.

12. DIF (Desarrollo Integral de la Familia). *Lineamientos de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria*. Dirección de alimentación y desarrollo comunitario, México, Sistema para el Desarrollo integral de la Familia, 2008.

13. Enciso A. La cruzada anti hambre, imprecisa y sin estrategia básica: Coneval: SEDESOL ni siquiera define el problema que atiende y usa experiencias caducas de Brasil. *La Jornada Sección Sociedad y Justicia*. Miércoles 2 de octubre del 2013. [último acceso 09 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.jornada.unam.mx/2013/10/02/sociedad/036n1soc>

14. Peña L. (2013). *Mensaje a la Nación del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos*. [último acceso 11 de julio del 2014] Disponible en el Link: [http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/mensaje-](http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/mensaje-a-la-nacion-del-presidente-de-los-estados-unidos-mexicanos/)

[a-la-nacion-del-presidente-de-los-estados-unidos-mexicanos/](http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/mensaje-a-la-nacion-del-presidente-de-los-estados-unidos-mexicanos/)

15. *La Jornada*. (2013). *Datos sobre Cruzada contra el Hambre generan suspicacias*. *La Jornada Sección Portada/Sociedad y Justicia* 23 de marzo del 2013. [último acceso 12 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/03/23/cruzada-contra-hambre-en-mexico-genera-suspicias-3847.html>

16. Román J. *Sedesol gasta más de 10 millones de pesos por concierto contra el hambre: IFAI*. *La Jornada Sección Política* 09 de febrero del 2014. [último acceso 07 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/02/09/sedesol-gasta-mas-de-10-mdp-por-concierto-contra-el-hambre-ifai-9017.html>

17. Cruz A. *Llevar ante la CIDH partos en México fuera de hospitales*. *La Jornada Sección Política* 20 de marzo del 2014. [último acceso 22 de junio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/03/28/llevar-ante-la-cidh-partos-en-mexico-fuera-de-hospitales-2252.html>

18. Boltvinik J, Damián A. *La pobreza en México y el Mundo, realidades y desafíos*. 1ed. México, Editorial Siglo XXI, Mexico, D.F., 2004.

19. *El Bravo*. *Opera sin presupuesto cruzada contra el hambre*. *Periódico El Bravo Sección Opinión*. 20 de enero del 2013. [último acceso 01 de julio del 2014] Disponible en el Link: [http://elbravo.mx/\(S\(k0trq33fdsp3vxjyxtcdx45\)\)/noticias.aspx?seccion=1¬icia=510200&AspxAutoDetectCookieSupport=1](http://elbravo.mx/(S(k0trq33fdsp3vxjyxtcdx45))/noticias.aspx?seccion=1¬icia=510200&AspxAutoDetectCookieSupport=1)

20. *Adiario Pasión por Informar*. *Peligra cruzada contra el hambre por manipulación de Sedesol Oaxaca*. *Periódico Adiario Pasión por Informar Sección Opinión*. 11 de junio del 2014. [último acceso 12 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://adiariooaxaca.com/peligra-cruzada-contra-el-hambre-por-manipulacion-de-sedesol-oaxaca/>

21. Martorell R. *Results and implications of the incap follow-up study*. *Journal Nutrition* 1995; 125 (4): 1127S-1138S

22. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 (NOM). *Para el manejo integral de la obesidad*. *Diario Oficial de la Federación* 7 de diciembre de 1998. [último acceso 02 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>



23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva no. 311 [en línea]. Mayo 2012. [último acceso 11 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
24. Stehbens E. The epidemiological relationship of hypercholesterolemia, hypertension, diabetes mellitus and obesity to coronary heart disease and atherogenesis. *J Clin Epidemiol*, 1990; 43: 733-41.
25. Remesar X, Rafecas I, Alemany M, Fernández J. La obesidad ¿factor de riesgo para el cáncer? *Nutrición y Obesidad*, 2000; 3: 194-01.
26. Bray, G. The underlying basis for obesity: relationship to cancer. *The Journal of Nutrition*, 2002; 132: 345 1S-455S.
27. Ortiz C, Velasco C. La obesidad: principal factor de riesgo para cáncer de endometrio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2013; 51 (3): 260-3.
28. Lewis S, Blood R, Castle D, Hyde J, Komesaroff P. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 2011; 73 (9): p 1349- 1356.
29. Ohlson L, Larsson B, Svardsudd K, The influence of body fat distribution on the incidence of diabetes mellitus 13,5 years of follow-up of the participants in the study of men born in 1913. *Diabetes* 1985;34(10); 1055-1058.
30. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006; [ultimo acceso 01 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/ensanut2006.pdf>
31. Ledikwe J, Smiciklas H, Mitchell C, Jensen L, Friedmann M, Still D. Nutritional risk assessment and obesity in rural older adults: a sex difference. *Am J Clin Nutr*, 2003; 77:551-558.
32. Villa, A, Escobedo M, Méndez M. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. *Gac Méd Méx*, 2004; 140: 21-26.
33. Márquez F, Macedo G, Viramontes D, Fernández J, Salas J, Vizmanos B. The prevalence of metabolic syndrome in Latin America: a systematic review. *Public Health Nutr*, 2011; (14):1702-13.
34. Barquera, S, I. Nonato L, Hernández A, Pedroza J. Rivera. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012 Salud Pública Méx, 2013; 55 (sup 2):151-160
35. Dommarco J. Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado. 1ed. Editorial UNAM Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, Impreso en México, D.F., 2012
36. Drucker R, Namihira R, México país: éxito o fracaso. 1ed. Editorial Miguel Ángel Porrúa Serie Políticas Públicas, Impreso en México, D.F., 2011.
37. Rivera JA y Col. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: Rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutrition*. 5: (1A) 113-122, 2002. [último acceso 13 de julio del 2014] Disponible en el Link: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FFPHN%2FFPHN5_1a%2FS1368980002000162a.pdf&code=32e780fb8212dcc874f024857fd4885c
38. Muñoz P. México, con trabajadores pobres y empresas ricas. Alcalde Justiniani, podría lanzarse campañas contra firmas, como Wal-Mart, que sobreexplotan a empleados. La Jornada Sección Política. Lunes 13 de noviembre de 2006. [último acceso 10 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.jornada.unam.mx/2006/11/13/index.php?seccion=sociedad&articulo=046n1soc>
39. Barker D. Growth in utero and coronary heart disease. *Nutrition Reviews* 1996; 54 (S1): S1-S7
40. Leon D. Fetal growth and adult disease. *European Journal of Clinical Nutrition* 1998; 52 (1): S72-S82
41. Adair L, Kuzawa C. Early growth retardation and syndrome X: conceptual and methodological issues surrounding the programming hypothesis. En R. Martorell y F. Haschke (eds.), *Nutrition and Growth*, vol 47, Nestle Nutrition Workshop Series. Pediatric Program, Philadelphia, 2001, pp 33-346
42. Singhal A. Low nutrient intake and early growth for later insulin resistance in adolescents born preterm. *Lancet* 2003; 361 (9363): pp 1089-1097
43. Bourdieu P. (1988). La distinción: criterios y bases sociales del gusto. 2da. Edición, Editorial Taurus, Madrid, España, 1988.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Casas Patiño, Donovan
Correo: capo730211@yahoo.es

