UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO

Guanajuato, Gto., 30 de abril de 2024
Oficio DDPG/CSTyEC/206-24

LIC. JUAN BARDO RODRIGUEZ DE LA VEGA
COORDINADOR DE ASUNTOS ESCOLARES
CAMPUS GUANAJUATO

Con fundamento en los artículos 62 fracciones I, II inciso b) y IV, 68 y demás relativos y aplicables del Estatuto Académico, por este conducto **HAGO CONSTAR** que el alumno (a) **JUAN MARTIN GRANADOS ALCANTAR** ha cumplido íntegramente con los requisitos académico-administrativos necesarios para que le sea autorizada la sustentación de su examen para la obtención del grado de **MAESTRO EN GESTIÓN, DESARROLLO Y GOBIERNO** bajo la modalidad de **Tesis.**

Sin otro en particular, reciba de mis consideraciones la más alta y distinguida.

Atentamente,
"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES"
Director de la División de Derecho, Política y Gobierno

Dr. Eduardo Pérez Alonso

lalm/epa

DR. EDUARDO PÉREZ ALONSO

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE DERECHO, POLÍTICA Y GOBIERNO

PRESENTE

Por este medio le envío un cordial saludo y al mismo tiempo me permito informar a Usted que el(la) estudiante del programa **MAESTRÍA EN GESTIÓN, DESARROLLO Y GOBIERNO**, **JUAN MARTÍN GRANADOS ALCANTAR**, ha terminado su trabajo de tesis titulado: **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS MAYORES EN LEÓN, GUANAJUATO DURANTE EL PERIODO 2012-2020**, el cual ha sido aprobado por el(la) que suscribe, director de la tesis y por lo tanto ya no tendrá más modificaciones.

Agradezco la atención que sirva prestar al presente y me despido reiterándole mi más alta consideración.

Atentamente,

Director de Tesis

Dr. Edgar Omar Espinal Betanzo

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

Universidad de Guanajuato

División de Derecho, Política y Gobierno

Maestría en Gestión, Desarrollo y Gobierno

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS MAYORES EN LEÓN, GUANAJUATO DURANTE EL PERÍODO 2012-2020.

Nombre del alumno: **Juan Martín Granados Alcantar**

Director de tesis: **Dr. Edgar Omar Espinal Betanzo**

Codirector de Tesis: **Dr. José de Jesús Peralta Romero**

Guanajuato, Gto. Mayo 2024

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer a **MI DIOS ETERNO** (**Éxodo 6:2**), ya que, sin su favor y misericordia, jamás habría culminado con el presente trabajo y no tengo la forma de expresar mi gratitud, pero honra y gloria a su **NOMBRE**.

Este trabajo, también ha sido posible terminarlo gracias a todas esas personas que me acompañaron, me acompañan y me acompañarán, ya sea a través de una palabra de aliento o de un gesto a lo largo de mi carrera académica y profesional. Por gracia de DIOS y por esas personas, es que he podido sentirme cubierto y fortalecido.

A mis padres, Don Martín y Doña Luz, que me han apoyado en todo momento para salir adelante y no dejarme en ningún momento, por esa calidez, amor y atención que desde pequeño me mostraron y que aprecio con todo mi corazón. También a mis hermanos que han estado atentos en mi formación. A mi familia que tanto amo en el SEÑOR y que me ha dado ese hogar que ofrece paz.

Agradezco bastante a mis directores de tesis Dr. Edgar Espinal y Dr. Jesús Peralta, quienes me acompañaron y apoyaron en todo momento y su perseverancia me ayudó a concluir, gracias a todas esas personas que quizás escapan en estas palabras.

Finalmente, agradezco a la Universidad de Guanajuato, mi casa de estudios y al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT) que ha financiado este proyecto.

Contenido

Introducción 4
Pregunta de Investigación 7
Hipótesis General. 7
Hipótesis Nula. 7
Objetivo General. 7
Objetivos Particulares. 8
Variable de la Investigación. 8
CAPÍTULO 1. OBESIDAD Y AMBIENTE OBESOGENICO 9
1.1 ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD EN MÉXICO 12
Imagen 1. Población Urbana en México 1950-2020 14
Imagen 2. Producción y oferta de alimentos en México en los últimos 30 años 17
1.2 BREVE ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS 18
1.2.1 LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO 22
1.2.2 LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS MAYORES: EXPERIENCIA INTERNACIONAL 24
CAPÍTULO 2. LA OBESIDAD Y SUS IMPLICACIONES EN EL SISTEMA DE SALUD 26
2.1 MEDICIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA OBESIDAD 28
2.2 FACTORES QUE INFLUYEN PARA LA APARICIÓN Y PREVALENCIA DE LA OBESIDAD 28
2.2.1 LA ALIMENTACIÓN 30
2.2.2 LA URBANIZACIÓN 33
2.2.3 COMPORTAMIENTO ECONÓMICO Y EVOLUCIÓN DEL GASTO 34
2.2.4 LA ACTIVACIÓN FÍSICA 36
2.2.5 LA GENÉTICA Y EPIGENÉTICA DE LA OBESIDAD 37
2.2.6 EL MERCADO 40
Imagen 3. Gasto corriente monetario promedio trimestral por grandes rubros 44
Imagen 4. Ingreso promedio trimestral monetario por grupos de edad, según sexo y año de levantamiento. (Pesos) 45
CAPÍTULO 3. SISTEMA DE SALUD Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE OBESIDAD 45
3.1 CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD 45
3.1 ENFERMEDADES Y COSTOS DE LA OBESIDAD 46

CAPÍTULO 4. EL ADULTO MAYOR Y LA OBESIDAD 47
4.1 LAS COMPLICACIONES DEL ADULTO MAYOR CON OBESIDAD Y SARCOPENIA 49
4.2 EL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL: ALGUNOS CASOS REPRESENTATIVOS 53
4.3 EL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO NACIONAL EN MÉXICO 54
Imagen 5. Población Que Consume Alimentos Recomendables 57
Gráfica 6. Porcentaje De Población Que Consume Alimentos No Recomendables 57
Imagen 7. Población con Actividad Física. 59
Imagen 8. Distribución de población de 60 años o más: situación conyugal 60
Imagen 9. Gráfica de distribución de personas de 60 años o más que viven solas y fuentes de ingreso principales 60
Imagen 10. Porcentaje de población de 60 años o más que vive sola con afiliación a servicios de salud 61
4.4 EL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO ESTATAL DE GUANAJUATO 61
Tabla 1. Porcentaje de población de 60 años y más en el estado de Guanajuato 62
4.4 EL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO MUNICIPAL DE LEÓN 63
Tabla 2. Evolución de la población adulta mayor en León, Guanajuato. 64
Tabla 3. Dinámica de crecimiento de población adulta mayor en León, Guanajuato 2000-2030 64
Cuadro 1. Crecimiento poblacional en el municipio de León, Guanajuato 65
Gráfica 11. Defunciones en el municipio de León Guanajuato. 2010, 2017 y 2018 67
Cuadro 2. Políticas públicas de índole social en el municipio de León, Guanajuato 70
Cuadro 3. Políticas públicas de índole social en el municipio de León, Guanajuato 71
Tabla 4. Infraestructura de salud pública. León, Guanajuato 2017 74
Gráfica 12. Población ocupada de acuerdo con el tamaño del establecimiento, León, Guanajuato 2018 y 2019 75
Gráfica 13. Tipos de Hogares, León, Guanajuato. 2000, 2005, 2010 Y 2015 76
5. CONCLUSIONES 77
REFERENCIAS 80

Introducción

El presente trabajo tiene la intención de realizar un análisis general acerca de las políticas

públicas y programas relacionados a la obesidad en adultos mayores durante el período 2012-2020, en particular en el municipio de León, Guanajuato.

Es importante mencionar que el interés de este tema nace por varias causas: la primera por las pocas políticas públicas y programas dirigidos a la atención del adulto mayor en temas de salud, en especial para la atención de la obesidad y las enfermedades crónico-degenerativas derivadas de ellas. Segundo hasta la fecha existen escasos estudios desde la visión de las ciencias sociales relacionados con la obesidad del adulto mayor. Tercero, la mayoría de los estudios de obesidad y sobrepeso se centran en adultos jóvenes y en edad productiva. Cuarto, un número importante de estas investigaciones se gesta a partir de las ciencias exactas de la salud clínica. Por lo antes mencionado elegí abordar este tema, pues considero necesario generar información que aporte a la compresión acerca de uno de los principales problemas de salud pública en México como es la obesidad.

Desde mi interpretación cualquier estudio acerca de obesidad debe ser abordado desde una visión multidisciplinaria pues las causas y el desarrollo de este padecimiento son distintas, por ejemplo: el sedentarismo que su vez se puede explicar a través de la nula o baja actividad física y trabajos que exigen un largo período sentados frente a un monitor, la ingesta de alimentos ultraprocesados, componentes genéticos, prácticas alimentarias, entre otras.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2019) México ocupaba el primer lugar mundial en obesidad infantil, por otra parte, el segundo en la prevalencia de obesidad de adultos, sólo por debajo de Estados Unidos de América. A su vez esto genera no sólo consecuencias económicas, también políticas, sociales entre otras. Dichos datos nos demuestran la magnitud del problema y la necesidad de trabajo.

Entonces, derivado de este proceso reflexivo se vuelve pertinente preguntarnos: ¿Hasta qué nivel las políticas públicas han sido efectivas para el tratamiento y control de obesidad en los adultos mayores en el Municipio de León, Guanajuato, durante el período 2012-2020? Y las respuestas desde la administración enfocadas a este grupo etario son desde mi perspectiva escasas con base a la información que se observara a lo largo de este trabajo.

Dicho lo anterior, iniciaré esta investigación partiendo de un enfoque biológico-clínico a aspectos de políticas públicas dirigidos a la población adulto mayor. Posteriormente en el capítulo uno, se desarrolla el tópico de obesidad, causas y consecuencias; en el capítulo dos, se analiza lo que implica la obesidad en el adulto mayor, los métodos para medirla y su identificación, además que se expondrá un panorama general a nivel internacional y nacional, dentro de este apartado, desarrollo la metodología utilizada para la investigación; en el capítulo tres, se analiza el entramado de políticas públicas, programas sociales y proyectos elaborados y ejecutados por los gobiernos mexicanos, así como una revisión breve de las estrategias desarrolladas en otros países, en tal sentido, explicamos de acuerdo a la perspectiva de algunos organismos internacionales e investigadores del tema, la urgencia que hay entorno a la implementación de políticas que permitan un control de la obesidad en adultos mayores y cómo los centros gerontológicos pueden ser espacio de oportunidad para el control y monitoreo de la enfermedad con un plan de acción adecuado que puede usar la tecnología para tales actividades, para finalmente describir el tema de la obesidad de adultos mayores en León, Guanajuato.

En el capítulo cuatro, se dan a conocer los hallazgos de nuestra investigación de campo que ha sido realizada de manera virtual debido a la pandemia que se vive a nivel mundial por el virus SARS-CoV-2 y que, por la salud de los adultos mayores (que son personas de riesgo),

no se procuró la presencia física en los centros gerontológicos de León, Guanajuato, que son cuatro: “Deseos de Vivir”, “Casa de los abuelos”, “Granja de los abuelos” y “San Juan de dios”, sin embargo, con la recopilación de información de fuentes oficiales y la teoría respecto a la obesidad en adultos mayores, se puede ofrecer la evidencia suficiente para la implementación de mejores políticas públicas y programas sociales.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el impacto de las políticas públicas para el control y tratamiento de adultos mayores con obesidad en León, Guanajuato durante el período 2012 al 2020?

Hipótesis General.

Las políticas públicas, han contribuido al tratamiento y control de la obesidad en adultos mayores para el mejoramiento de la calidad de vida incentivando el involucramiento del grupo etario a través de las instituciones de salud pública y asistencia social, lo que permite identificar la efectividad de las políticas públicas.

Hipótesis Nula.

Las políticas públicas, no han contribuido en mejorar la calidad de vida a través del monitoreo de obesidad en adultos mayores debido a la implicación de diferentes elementos que deben ser considerados para la efectividad de las políticas públicas.

Objetivo General.

Determinar en qué medida las políticas públicas implementadas han contribuido en el

tratamiento y control de la obesidad en adultos mayores en el municipio de León, Guanajuato.

Objetivos Particulares.

-Exponer el fenotipo obesogénico, causas y consecuencias en los adultos mayores.

-Revisar el repertorio de políticas públicas que se han elaborado para el tratamiento y control de obesidad en adultos mayores en México.

-Revisar los elementos que propician la aparición y prevalencia de la obesidad en la población mexicana y en particular en los adultos mayores, que han sido consideradas científicamente como relevantes para en el fenotipo obesogénico.

Variable de la Investigación.

Dependiente: Efectividad de las políticas públicas.

Independiente: Obesidad y sarcopenia en adultos mayores.

CAPÍTULO 1. OBESIDAD Y AMBIENTE OBESOGENICO

Mi objetivo en este apartado es exponer cómo se ha analizado la obesidad y el ambiente obesogénico desde la visión de la salud-clínica, que se impone a nivel global. En tal sentido, la interpretación que se le ha otorgado al fenómeno de la obesidad y sus respectivas acciones para la prevención, el tratamiento y el control, tienen perspectivas singulares de ciencias como la medicina, la nutrición, el estudio de la evolución del cuerpo humano y su anatomía y en ciencias de la activación física y salud, entre otras, que esencialmente han dominado las interpretaciones y recomendaciones sobre el tema de la obesidad, esto por la reciente incorporación de las ciencias sociales en la discusión y análisis sobre aspectos de la salud.

Sin duda el aporte de las ramas mencionadas, entre otras, han hecho que el tema cobre gran relevancia a través del tiempo debido a las aportaciones realizadas por los estudiosos de las ciencias de la salud, en tal sentido, las ciencias sociales no pueden obviar la visión y el análisis generados, de hecho, el inicio de muchos investigadores en el área social, han tenido involucramiento en áreas de la salud. Además, muchas de las técnicas de investigación primero tuvieron un uso en aquellas áreas, por tal motivo es difícil que exista un desapego, pero sí una colaboración.

Desde tiempos antiguos, el análisis de la salud ha sido revisada incluso desde una perspectiva filosófica (Hipócrates 460-370 a. C.), en donde temas centrales en el tratamiento y control de la obesidad como lo es la alimentación, ya perfilaban un aspecto importante de la vida humana. Sin embargo, son algunos eventos a lo largo de la historia que provocaron que las ciencias médicas fueran las que predominaran en temas de la salud, abordando el tema de la alimentación desde luego que, a su vez, tiene una fuerte vinculación con la morfología del cuerpo humano.

Aquel pensamiento con el pasar de los años fue perdiendo validez debido a diferentes factores y eventos internacionales los cuales afectaron la distribución de los alimentos y el acceso a ellos, entre otros. Otro aspecto fundamental que tomó relevancia fue la aparición de la salud pública ya que es un concepto vinculado a la adaptación universal del capitalismo como medio de producción. De hecho, eventos particulares fueron los causantes de un cambio radical para la nueva percepción de la salud pública y la relación salud-enfermedad, a saber, mencionan Rojo Pérez y García González:

> El nacimiento de la salubridad en Francia. La Revolución Francesa posibilitó la intervención del Estado en la organización y control de los servicios médicos y en la enseñanza de las profesiones de la salud, en la vigilancia y el control sanitarios y desarrolló una organización piramidal (…) El establecimiento de la Asistencia Social en Inglaterra, en 1848, con la promulgación del Acta de Salud Pública. El establecimiento de la Seguridad Social para los trabajadores, en 1860, en Alemania, salubridad, asistencia y seguridad social consolidaron la concepción de la salud pública como un sector político-técnico del Estado que se expresa en la aparición de una autoridad médica territorial con un encargo social que le permitía tomar decisiones que afectaban instituciones, comunidades o zonas geográficas determinadas. (2000, p. 93)

Sin duda, la intervención del Estado en las vidas de las personas permitió que las administraciones públicas asumieran una tarea demasiado dinámica y compleja, pero esa nueva visión, permitía acercarse al verdadero papel del gobierno y la administración pública, un trato diferente entre hombres, el trato a la dignidad humana para el progreso y desarrollo. La visión desde las ciencias sociales resulta de mucha ayuda para el acercamiento al tratamiento de las diferentes enfermedades en las que las personas pueden caer, sobre todo si afecta a la mayoría de la población, esta es el principal interés de la salud pública y el motivo para actuar en el control e interpretación de los sucesos en la vida pública, pero sin dejar de lado la visión de las ciencias de la salud, es decir, un trabajo multidisciplinario es lo que se

busca para el análisis en el binomio salud-enfermedad y aportar la mejor forma de abordar una condición negativa.

Las ciencias sociales, en especial atención, la sociología médica, ha provocado que se analice desde otra perspectiva el tratamiento a la enfermedad y la prevalencia de la salud, aún con los pocos años de vida de las ciencias sociales, la integración en diferentes problemas han permitido ampliar la perspectiva de algo que se consideraba ya establecido o inmutable, por tal motivo, esta investigación versa sobre las ciencias sociales, con especial visión desde la administración pública, desde luego, no significa apartar a otras disciplinas de la misma ciencia ni mucho menos de las ciencias de la salud.

La intención del presente capítulo es mostrar lo que se entiende por obesidad, conceptualización de esta, estandarización del cuerpo, tipos de obesidad, los factores que han permitido la reproducción y prevalencia de la obesidad y la percepción que se le ha asignado a esta enfermedad.

El posicionamiento teórico que se presenta desde la administración pública como ciencia social, es el de la instrumentalización de políticas públicas integrales, las cuales permitan ver más allá de la simple consecución de metas y objetivos administrativos, sobre todo en un mundo lleno de dinámicas y cambios radicales, además, del envejecimiento que el mundo entero está viviendo, por lo que el trabajo de las administraciones públicas es de suma importancia. En primera instancia, es menester aclarar qué es una política pública integral y qué no lo es, debido a la complejidad de su tratamiento y su simplicidad al ejecutarla. Por otro lado, algunas visiones filosóficas y sociológicas del comportamiento humano pueden ayudar a esclarecer la necesidad del desarrollo de tales instrumentos. Por último, es necesario analizar el ambiente obesogénico debido a la compleja visión de las personas respecto a una condición, debido a que no se da por un solo factor la aparición de una enfermedad, sino que

implica diferentes aristas en el contexto de una sociedad y que la visión individual y personal de la ciencia hegemónica en el tratamiento, control e interpretación de la enfermedad, no es suficiente para dar salida al mal que se presenta en diferentes grupos etarios de las sociedades, por lo que la integración de científicos sociales, sin duda, puede aportar en el abordaje de temas tan importantes como la salud.

1.1 ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD EN MÉXICO

En el presente capítulo se pretende sentar las bases teóricas para desarrollar el análisis en las principales políticas públicas que se han implementado en México para el tratamiento y control de la obesidad y algunos de sus resultados, asimismo, con la evidencia rescatada por algunos autores, se analizarán aquellas políticas que están enfocadas al individuo, el entorno y las regulatorias.

Para conocer la situación de la obesidad, primero hay que rastrear los indicios de esta condición que está presente en la gran mayoría de la población según datos recientes de encuestas de salud y nutrición, así como los factores que influyeron y continúan influyendo. Las evidencias demuestran que hay diferentes dinámicas que provocan y refuerzan la aparición y subsecuente prevalencia de la obesidad en la población mexicana. El mundo y México experimentarían un cambio cultural trascendental durante el siglo XIX y que en el siglo XXI sigue repercutiendo de manera profunda, lo cual hace que las acciones y decisiones conlleven un proceso racional para la atención y control de problemas públicos relacionados con la salud. El proceso de industrialización daba sus primeros asomos y se consolidaría tiempo después, para llegar a un punto de deslegitimarlo, debido a los diferentes enfoques que se le ha impregnado.

El cambio en el que México también se veía inmerso (aunque de forma menos contundente) traería diferentes consecuencias, una de ellas muy sobresaliente es el cambio cultural que impactó en diferentes aspectos de la vida, tal es el caso de la alimentación, la actividad física, el cambio en el comportamiento del gasto en el hogar, cambios en las relaciones laborales y un cambio en el espacio de lo rústico a lo flamante (rural y urbano, respectivamente), es decir, aquella imagen tradicional en la que la gran mayoría del mundo y México se encontraban, iba a sufrir un gran revés, debido a la modernización que se gestaba en diferentes contextos.

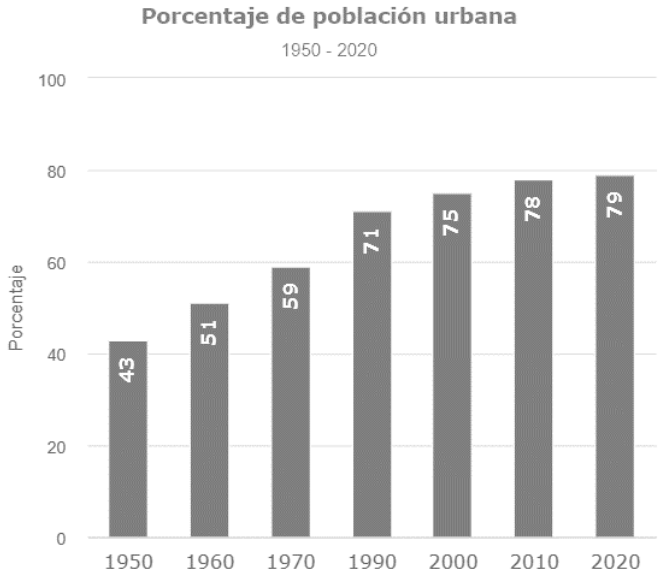
Según relata Pedro García Urigüen en un estudio realizado para la Cámara Nacional de la Industria de Transformación (CANACINTRA) en México el proceso de modernización se dio a principios de los años 30, el autor menciona que: "el Estado impulsó programas de salud, educación y, en el plano académico, la industrialización". (2012, p.14), el impulso de esta modernización obedecía a diferentes crisis financieras, que orillaron al Estado mexicano a adoptar diferentes medidas. Aunque dentro de un proceso desorganizado y poco disciplinado, en donde el poder seguía una lógica con aires de la Revolución y latifundista, lo cual provocaba la concentración del beneficio en determinados territorios.

No es de sorprender que la modernización se concentrara en los nuevos territorios que surgían: las ciudades, esto produciría otro cambio al interior del país, la migración de lo rural a lo urbano, que contraería nuevos hábitos en las personas. García Urigüen también comenta: "En 1930 México tenía una población mayoritariamente rural (70%), mientras que para 2010 la población urbana es del 77%" (2012, p. 14) La gráfica 1 muestra el porcentaje de la población en México que vive en zona urbana:

Imagen 1. Población Urbana en México 1950-2020[1]

Población urbana

En 1950, en México **43 %** de la población vivía en localidades urbanas; **en 1990** el porcentaje era de **71,** para **2020** es de **79** por ciento.



Fuente: INEGI. Población total según tamaño de la localidad para cada entidad federativa, 1950 - 2010.
INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

Fuente: Cuéntame INEGI, 2021.

El cambio representado muestra cómo en poco más de 50 años la población se desplazó a este nuevo contexto, derivado de las acciones gubernamentales, principalmente en la promoción de la salud. Sin embargo, los cambios culturales y la migración también estarán acompañados de elementos negativos, principalmente por la administración y gestión del nuevo contexto mexicano debido a que no hay la capacidad institucional para atender diferentes problemáticas; en otras palabras, la ausencia de herramientas y metodologías, debido al atraso en diferentes sectores de la administración pública de todos sus niveles, permitirá que los problemas persistan en el tiempo y que se refuercen con el surgimiento de

[1] Información obtenida de las fuentes principales institucionales.

nuevos retos.

El movimiento masivo de personas hacia un nuevo contexto se da, como se ha señalado, en un contexto de desorden y desorganización, en donde el Estado tiene las intenciones de generar un cambio e impulsar un desarrollo, pero las diferentes circunstancias de las que las personas emergen hacen más complicado un control, además de la carencia de diagnósticos (los cuales serán utilizados mucho tiempo después para la toma de decisiones) y las incapacidades institucionales y legales. Esto, en esencia se vinculará con la adopción de costumbres y hábitos entre las personas que tendrán frente a ellas aquel nuevo territorio llamado ciudad, en donde una dieta alimentaria será difícil de concretar, en este sentido y observando el crecimiento que se gestó en las ciudades a partir de los cambios realizados iniciados en los años 30, García Urigüen, resalta que las dietas:

> no sólo comprenden la ingesta de alimentos, sino que expresan relaciones sociales y hacen patentes actos profundamente cargados de simbolismo cultural. (…) En síntesis, son una memoria práctica de lo vivido y heredado, cuyo cambio se dará cuando existan alteraciones que requieran de una adaptación. (2012, p.15)

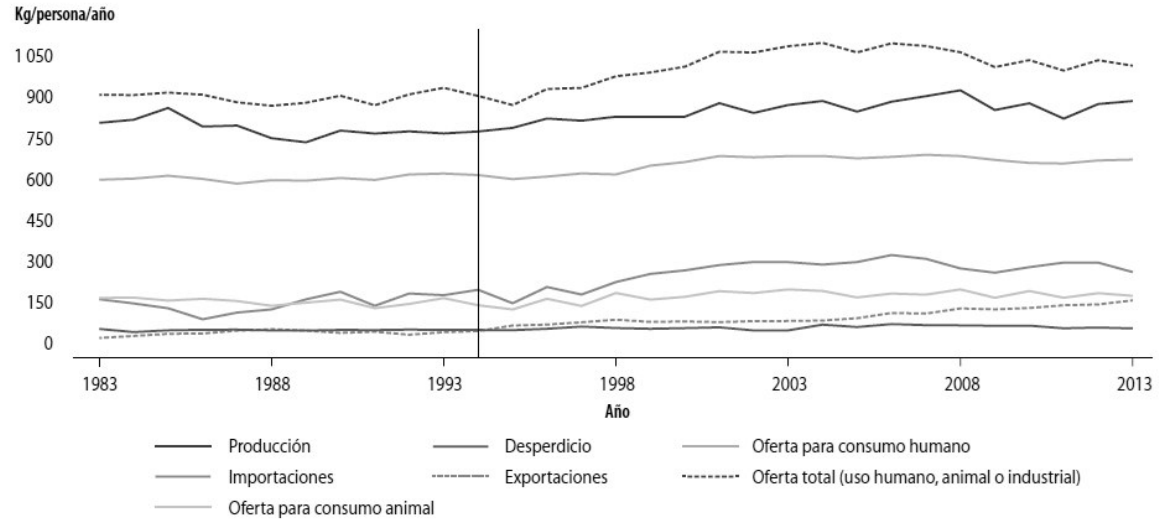
Sin duda, los cambios surgidos a partir de este fenómeno de la migración, (provocado por las decisiones políticas de aquellos años), volvió a provocar efectos en lo cultural y simbólico: una adaptación a un nuevo ambiente, una nueva forma de vincularse con la activación física: aquellas personas de la ciudad ya no tendrían el mismo trabajo para sembrar, cultivar y cosechar; la alimentación, aunque por un tiempo determinado, también comenzaría a cambiar, mostrando tendencias hacia una nueva forma de adquirir y consumir, aspectos que ya han señalado muchos autores, pero que en el escenario mexicano el reto sería más complicado, debido a diferentes carencias.

Con diferentes sucesos que se gestaron en diferentes momentos de la historia (principalmente crisis económicas a lo largo del mundo y que el territorio mexicano no podía exceptuarse por obvias razones), se tomaron decisiones de participar, adoptar, crear y/o diseñar diversos mecanismos que permitieran resolver los diferentes escenarios que se presentaban frente a las personas y sus gobernantes. Otro suceso importante que se vincula con la modernización (pero también cuestionable, por su contradicción) del Estado mexicano, es el evento llamado "revolución verde", cuyo impulsor fue la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, siglas en inglés). Dicho programa se desarrolló durante los años cuarenta y según relata Martínez-Castro, Ríos-Castillo y Castillo-Leal (2019), este programa propició el favorecimiento hacia ciertos sectores agrícolas, pequeñas élites que seguían el viejo régimen latifundista y que no se proponían acciones efectivas para la modernización en general, bajo este entendido, se evidenciaban de nuevo las carencias y deficiencias con las cuales actuaba el Estado mexicano.

Otro cambio que se dio ya a finales del siglo XIX fue la entrada en práctica del neoliberalismo, un pensamiento que vendría a rescatar y reforzar un primer intento de desmantelamiento, algo con lo que autores como Aguilar Villanueva señalan que debía cumplir el Estado: la garantía, regulación y promoción de libertades (2013). En la transición del siglo XIX y XX, México experimenta una apertura al exterior, de forma más certera, donde comienzan a desarrollarse una nueva cultura y que también afectaría los hábitos y la alimentación del mexicano. Existe un "nuevo" mercado de los alimentos, en donde, a pesar de los efectos económicos sobre los bolsillos de los mexicanos, se puede acceder a ellos, lo cual fomentará nuevas dinámicas, nuevas formas de relación y nuevas formas de trabajo. A pesar del aumento, por ejemplo, en la producción de alimentos, en donde según un histórico,

muestra que la producción ha ido en aumento desde el año 1983 hasta el 2013, en donde se pueden observar a simple vista los repuntes en los años señalados anteriormente:

Imagen 2. Producción y oferta de alimentos en México en los últimos 30 años[2]



* Nota: la línea roja indica la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio (TLCAN).
Fuente: elaboración de los autores con datos de las hojas de balance, FAO.[28]

Fuente: Rivera Dommarco, Arantxa Colchero, Fuentes, González de Cosío Martínez, Aguilar Salinas, Hernández Licona y Barquera, 2018.

Es importante destacar con base en la gráfica, no toda la producción era/es para el consumo de la sociedad mexicana y al menos en los períodos destacados, se puede deducir que los alimentos eran para un proceso de comercialización en el ámbito internacional, por tal motivo, persiste la carencia hasta el tiempo actual en el acceso a la alimentación con los elementos que se han utilizado para la medición de la insuficiencia de dicho derecho social: accesibilidad, disponibilidad y calidad[3]. Los temas hasta aquí tratados han determinado la cultural, los hábitos y comportamiento de la sociedad mexicana y que analizados de manera

[2] Nota: Es importante mencionar que el análisis de estos temas es relativamente nuevo, hasta 2010 se empezó a analizar.
[3] Nota: Perspectiva dada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2021.

más profunda en los apartados siguientes.

La incapacidad señalada es motivada por el cambio del modelo de desarrollo, aquel Estado de Bienestar, ya no será el promotor del avance y crecimiento. Esta ausencia es derivada de la mala interpretación que hay en la zona de América Latina, donde México es, evidentemente. participe de dicho proceso. Un adelgazamiento, achicamiento y "ahuecamiento" determinarán el nuevo rol del Estado: vigilante, moderador, donde le compete resolver las fallas que se generan dentro del nuevo modelo de desarrollo.

Estos procesos daban diferentes momentos de adaptación a la sociedad mexicana, la cual, desde tiempos precoloniales y durante cierto tiempo, en la época colonial, la base de la alimentación era el maíz y que se ajustaría con lo impuesto por los españoles, que se rompería con estos primeros relatos de "modernidad" mexicana, la visión hacia el crecimiento y desarrollo, aunque contradictorio, permitía que se aprendieran más hábitos y se reformularan costumbres. Aunque persistieran viejas costumbres (comer tortillas), aparecía sobre la mesa un nuevo ingrediente, mismo que adoptaban las familias mexicanas, es así se puede confirmar el cambio de cultura, y esos nuevos patrones de comportamiento no se heredan genéticamente, sino que se aprende y por tal motivo, es aprehensible. Por tal motivo, las acciones que se emprendan deberán tomar en cuenta todos los elementos que influyen sobre la prevalencia de la obesidad en la sociedad mexicana y que ha representado un importante reto para los gobiernos y las administraciones.

1.2 BREVE ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE LAS POLÍTICAS

PÚBLICAS

En la toma de decisiones, las políticas públicas han sido categorías que permiten establecer un orden y organización a la administración de un Estado, sobre todo para la atención y clasificación de los temas que deben colocarse bajo la lupa porque representan retos, costos y beneficios que pueden minar muchos gobiernos. Debido a esta gestión inadecuada de los recursos y con el objetivo de evitar problemas a corto, mediano y largo plazo, no sólo en el área de salud sino en todas las áreas es importante especializar en la elaboración de políticas públicas preventivas.

Las políticas públicas tienen sus inicios en un contexto estadounidense, bajo las ideas de Woodrow Wilson, quien veía en la excesiva burocracia un problema para la toma de decisiones, además de otros vicios relacionados a la discreción de designación y la poca capacitación del antiguo modelo administrativo. No obstante, esta nueva disciplina implicaría un enfoque acorde al contexto en que nacía, Asher menciona que:

> fue una forma de conductismo multidisciplinario inicial pero fuerte, que se formó como reacción frente a los estudios jurídicos y sociales de la década de 1920, cuyos análisis ponían más énfasis en los "diagramas organizativos antes que en cómo operan los individuos y las instituciones (2000, en Tachiquín, 2008, p. 1)

Tal interés se enfoca sobre algunos temas en específico, como la salud, la educación, la economía y el aspecto social, temas que permitieran un desarrollo de la sociedad. Sin embargo, fue Harold Laswell quien dio la continuación de ideas y la consolidación de un marco referencial acerca de esta ciencia y las etapas que debía reunir la política pública. Dicho personaje plantea la idea de la *Policy Sciences* en donde, según recopila Aguilar

Villanueva: “busca articular sistemáticamente ciencia (interdisciplinaria) y decisión (democrática) de gobierno” (2013, p. 39), es decir, una búsqueda de la elaboración consciente de la toma de decisiones, en donde hay un trabajo colaborativo previo, el cual permite obtener información relevante para la correcta instrumentalización de las políticas públicas. También es necesario resaltar que el contexto en el cual se vivía era el de la guerra fría, por lo que los temas prioritarios eran otros. Por tal motivo, Rodríguez (2007, en Tachiquín, 2008, p. 2) remarca e insiste: “que Laswell analiza la influencia de las dos guerras mundiales en las ciencias sociales y psicológicas, revelando que las ciencias que contaban con técnicas cuantitativas fueron las que tuvieron mayor desarrollo, como ocurrió con la economía y la sicología”. No es de extrañar que incluso conceptos tan polisémicos como el desarrollo haya tenido una fuerte connotación con el crecimiento económico y la implementación de las políticas públicas corrieran en tal sentido, buscando una recuperación económico-financiero que había dejado varios Estados en una debilidad considerable.

El escenario de las políticas públicas o del gobierno por políticas públicas como lo llaman algunos, será en una visión por incorporar otras visiones al proceso de hechura de políticas públicas, es decir, los técnicos del gobierno no son los únicos que pueden actuar, también hay políticos, analistas y consultores externos que podrán observar el fenómeno que se atiende y aconsejarán y/o determinarán el uso de herramientas específicas para salir de la crisis económica que habían dejado algunos sucesos. Esta importante tarea que ha sumergido a los gobiernos en la constante revisión y análisis de los datos utilizados ha puesto de manifiesto la constante capacitación y adiestramiento que se debe llevar a cabo. Tachiquín menciona que: “El gobierno por “políticas públicas” gradualmente se ha ido transformando en una asignatura relevante para el mundo académico y una noticia para la acción

gubernamental". (2007, p. 3)

En la continuación del análisis de las políticas públicas, sin duda la multidisciplinariedad ha abarcado gran parte del debate en la consolidación de las ciencias de las políticas, sobre todo porque la instrumentalización requiere tomar en consideración los aspectos que atañen al individuo y la sociedad, como lo son temas económicos, sociales, administrativos, culturales, políticos, ambientales, financieros, territoriales, de vivienda, entre otros. No obstante, la preeminencia de dos ciencias: la política y la económica, se han colocado a la cabeza por demostrar quién tiene mejores métodos, dejando a un lado la concepción de "ciencias" como Laswell lo imaginaba y planteaba. Sin embargo, Méndez Martínez también ve una paradoja en la multidisciplinariedad porque no se fija un campo de actuación de las políticas públicas, debe haber una delimitación del especialista en el campo, pero se puede caer en el error unilateral de la instrumentalización. En este sentido es que se han planteado diversos enfoques para dar solidez y explicación al campo de las políticas públicas, vistas desde un enfoque en el comportamiento individual, las características organizacionales y funcionales, la coyuntura histórica, los partidos y grupos de presión, las arenas de políticas, el régimen político, la cultura nacional y el mundo. Todos estos abordajes, han provocado han provocado que la definición del concepto de política pública se desvanezca y que no haya un objeto de estudio, porque dada lo polisémico del concepto y la ambigüedad derivada de los enfoques, han hecho que se pierda de vista que una política: "no es algo que acontece de una vez por todas, sino algo que se rehace sin cesar" (2020, p. 49)

Teniendo en mente el proceso constante de evolución en la instrumentalización de la políticas pública, es importante dar un breve repaso a la manera que se ha presentado en contextos como el de América Latina y en específico, en México, debido a los hechos tan

particulares que se han visualizado a lo largo de los años y que la adopción de estas categorías de análisis, han hecho evidenciar diferentes problemas en la formación y especialización dentro del campos de las políticas y que, debido a los tiempos de apertura democrática, es menester colocar un concepto el cual sirva de guía para la comprensión del quehacer de las partes implicadas.

1.2.1 LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO

En la década de los ochenta, derivado de problemas económicos, sociales y políticos, América Latina y México adoptan un nuevo modelo administrativo que se promovía desde países desarrollados, consolidados estructuralmente. El nuevo modelo también llegaba desde organismos internacionales como condición para acceder a determinados apoyos económicos, la condición era llevar a cabo cambios estructurales los cuales permitieran el ajuste del nuevo modelo: La Nueva Gestión Pública (NGP).

En el mundo y en el país, había una nueva visión de organización, los hechos y acontecimientos que se presentaban en el momento, preconfiguraban un nuevo pensamiento, en la estructura y prestación de servicios públicos, existía incertidumbre y expectativas muy grandes por parte de los tomadores de decisiones para llevar a cabo un modelo que promulgaba principios como la eficiencia, la eficacia y la economía. Bajo dicho razonamiento, se pretendía cumplir con una mejor prestación de servicios, en donde la transparencia y una vida democrática plena, parecían ser los indicadores de avance en los países en vías de desarrollo.

Sin embargo, en México y América Latina, el modelo de la NGP se concebía bajo un contexto con muchas promesas no cumplidas del antiguo modelo de organización y con una serie de problemas que dificultaban mayormente la consolidación del gestor público y su involucramiento con los diferentes problemas pendientes y los nuevos que se hacían lugar dentro de la agenda pública. Ese involucramiento se veía limitado por una serie de carencias presentes en México, Crozier (en Caldera, 2012, p. 41) identifica en los países en vías de desarrollo, los siguientes elementos: "profesionalización, formalización de procesos, rigidez normativa y estructural", existen nuevos retos, pero viejos instrumentos y procesos para la resolución.

El modelo de organización intenta llevar a cabo una forma particular en la instrumentalización de las políticas públicas, es decir, bajo los principios del modelo y las exigencias de participación democrática y transparencia, se pretenden desarrollar con una lógica del ciudadano como cliente, al menos, así ocurrió en América Latina y México. Se generaron una serie de decisiones en donde el "achicamiento" del Estado se promovió como lo ideal en el modelo y las políticas públicas se enfocaron en la satisfacción del "cliente", pero con las limitantes ya señaladas. Los resultados recopilados por varios autores han evidenciado que el modelo no pudo generar un avance en la resolución de problemas.

Aquella modernización que se planteaba generar con la NGP ha quedado a deber por diversos motivos, porque no ha logrado establecer un marco de acción adecuado para la resolución de problemas, además, la identificación con la organización privada, ha provocado que los Estados en América Latina decidieran el ahuecamiento y adelgazamiento, antes que la capacitación y la formación, aunque es importante señalar que las presiones fiscales y el desperdicio económico que se generaba en la mayoría de las administraciones públicas, fue

otro factor que influyó en desatender la eficiencias y eficacia de las tareas estatales y gubernamentales.

Sin embargo, este proceso generó un Estado populista, según la apreciación de algunos autores, existían contradicciones en el actuar del Estado, Méndez Martínez, menciona que:

> el proyecto populista era contradictorio: atacaba, pero a la vez rechazaba eliminar a la vieja oligarquía latifundista; inducía a las masas populares a manifestarse contra los grupos más ricos, pero tampoco quería movilizarlas demasiado; y favorecía la emergencia de un líder, aunque también había resistencia al otorgarle todo el poder. (2020, p. 26)

1.2.2 LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS MAYORES: EXPERIENCIA INTERNACIONAL

El fenómeno de la obesidad no es exclusivo de México y los datos antes expuestos, muestran la necesidad de enfocar esfuerzos, porque la enfermedad de la obesidad ha ido en aumento a nivel mundial, muestra de esto, es lo que la Organización Mundial de la Salud expresa:

> (En) 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. […] el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. En general, […] alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. (OMS, 2018)

Por lo anterior, es importante atacar el problema de forma multidisciplinaria en los sectores de la población, los datos indican que lo primordial es ir por el sector de los niños, pues representan un sector importante para abatir los problemas como la prevalencia de la

obesidad, empero, con la sociedad mexicana envejeciendo[4], es necesario atender a este grupo etario, más bien, se trata de la implementación de políticas públicas transversales que permitan que todos se vean beneficiados en diferentes maneras, con el fin último de detener el crecimiento de la obesidad.

Señalado lo anterior, es importante que ejecutar ese tipo de políticas podría propiciar a todos (o la gran mayoría de la población) una vida sin limitar las actividades de las personas o culpando principalmente a ellas por la situación por la que atraviesan, lo que sí es propiciar el ambiente con el conocimiento suficiente para la toma de decisiones sociales e individuales y así, lograr un bienestar general.

Evidentemente, las personas adultas mayores también pueden aportar a la construcción de políticas públicas. Naciones Unidas expresa que:

> A las personas mayores se las percibe cada vez más como elementos que contribuyen al desarrollo; se considera que sus habilidades para mejorarse a sí mismas y a la sociedad se deberían integrar en las políticas y en los programas a todos los niveles. En las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones fiscales y políticas debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población en aumento (2020, p. 1).

Pérez Martínez et al., utilizan el término "Inteligencia cristalizada" el cual demuestra la capacidad que tiene un adulto mayor para continuar con la consecución de acciones que, aunque limitadas, sigue produciendo un sentir de logro de objetivos y metas, individuales y colectivas.

[4] Nota: el envejecimiento tiene múltiples acepciones, por lo que se limita la presente investigación a analizar las etapas del adulto mayor a partir de los 60 años.

La eficiencia de las políticas públicas para generar la información adecuada en la constante innovación en el campo de las políticas públicas y la gobernanza será vital para la toma de decisiones y el beneficio mutuo.

CAPÍTULO 2. LA OBESIDAD Y SUS IMPLICACIONES EN EL SISTEMA DE SALUD

Pocas enfermedades han sido contadas tan endémicas una de ellas es la obesidad, la cual parece ser una de las representativas del siglo XXI, es decir, dicha condición ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, no obstante, en el pasado era asociada a la opulencia, a la riqueza y a un estatus para el mantenimiento y funcionamiento del cuerpo humano, algo apegado al bienestar, la cuestión es debido a los factores que han influido para que esta condición avance y permite el surgimiento de otras complicaciones.

Desde un punto de vista biológico la obesidad es un fenómeno principalmente caracterizado por una acumulación excesiva de grasa central o periférica en el cuerpo humano, el cual es secundario a distintos eventos etiológicos (causas): las **endógenas** producidas por una disfunción de los sistemas endocrinos o metabólicos incluyendo aspectos genéticos y causas **exógenas** asociadas principalmente a un alto consumo de alimentos ultraprocesados y la disminución de actividad física.

Rivera Dommarco, Hernández Ávila, Aguilar Salinas, Vadillo Ortega y Murayama Rendón en su libro de Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado, mencionan que la obesidad es el resultado directo de un balance positivo y crónico de energía, es decir, que hay factores como los mencionados anteriormente que aumentan el riesgo de padecer

obesidad debido a que no se gasta la energía ingerida y que se sigue consumiendo alimentos que tiene nulo o bajo valor nutrimental, estos mismo autores plantean que las causas del balance positivo de energía es multifactorial y que se da a través del curso de la vida, lo cual representa disímiles riesgos en diferentes etapas, asimismo, estos autores plantean que las causas inmediatas son una: "elevada ingestión y un bajo gasto de energía, mediados por la dieta y la actividad física en el trabajo, la recreación y el transporte […] el balance energético está también modulado por factores fisiológicos, genéticos y epigenéticos" (2012, p. 9). Evidentemente, la condición de la obesidad tiene muchos elementos que facilitan la existencia y el avance para contribuir al desarrollo de otras enfermedades.

Siguiendo las ideas planteadas por los autores mencionados, incluyen algunas causas subyacentes, que de manera indirecta influyen en el desarrollo y mantenimiento de la condición, aunque no hay una separación de la influencia que tiene en las diferentes etapas de la vida, pero que sí permiten ver un panorama general a lo que se enfrentan las personas, los factores indirectos son la: "disponibilidad y accesibilidad de alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas, el mercadeo masivo de alimentos procesados, los bajos precios relativos por caloría tanto de alimentos procesados con alta densidad energética como de bebidas con aporte calórico" (2012, p. 9)

En general, los autores concuerdan con lo que es la obesidad, aunque no todos en la forma en que se adquiere y se manifiesta; algunos expresan y defienden la postura de la evolución genética, mientras otros aluden a los niveles del sistema económico, social, cultural y legal en que se encuentran los individuos, en lo particular, se concuerda con ambas posturas, pero se debe analizar cuánto influye cada factor.

2.1 MEDICIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Mundialmente se conoce el Índice de Masa Corporal (IMC) para la determinación del sobrepeso y obesidad, el cálculo se realiza dividiendo el peso en kilogramos entre la talla manifestada en metros. En la mayoría de los países que siguen esta medida, la obesidad se concreta en un resultado igual o superior a un IMC de 30. Por otro lado, también existe la medición del diámetro del vientre, en donde es posible encontrar una concentración de grasa debido a factores identificados por algunos autores.

Por tanto, podemos decir que la forma en que mayormente se manifestará el exceso de grasa es con la distribución en diferentes partes del cuerpo humano, según Campillo Álvarez son:

> Dos patrones fundamentales: el patrón androide o en manzana, que es la acumulación de grasa en la parte central del cuerpo, sobre todo en el vientre, y el […] ginoide o en pera, que se caracteriza por la acumulación de la grasa en la parte inferior del cuerpo, en muslos y caderas. Todo exceso de peso merma la salud y predispone a numerosas enfermedades (2019 p.19).

Derivado de esta condición, se pueden presentar otras complicaciones internas como lo son la hiperlipidemia, la aterosclerosis, la hipertensión que combinados pueden identificarse dentro del Síndrome Metabólico, condición clínica que aumenta el riesgo cardiovascular.

2.2 FACTORES QUE INFLUYEN PARA LA APARICIÓN Y PREVALENCIA DE LA OBESIDAD

En la búsqueda de los factores que influyen y determinan la patología de la obesidad, Romero y Campillo Álvarez han identificado causas inmediatas, subyacentes, endógenas y exógenas, pasando desde la alimentación y la genética hasta las políticas públicas para la prevención de

la obesidad, de alimentación y de producción agrícola, derivado de las investigaciones que se han llevado a cabo, todas en su conjunto demuestran tener un nivel de injerencia para la aparición de la obesidad.

Todas estas condiciones expuestas se dan por un escenario llamado obesogenicidad o ambiente obesogénico, pues se percibe una sensación de cambios en diferentes procesos de la vida cotidiana, en suma, según muestra Romero, este ambiente tiene prácticas como el abandono de la:

> Lactancia materna hasta los seis meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios, todo ello debido al crecimiento económico, urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, masificación de la producción de alimentos, invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos (enlatado, alto vacío, pasteurización, etcétera), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados versus los frescos por economías de escala, transporte, conservación y almacenaje.
>
> Además, como factor clave, ha disminuido la actividad física de la población. Todo ello contribuye al "ambiente obesogénico". (2012 p.11)

Campillo Álvarez, por otro lado, manifiesta que, aunque los factores analizados por otros autores, él enfatiza que la obesidad es una consecuencia de la "incompatibilidad entre el diseño evolutivo de nuestros organismos y el uso que hoy le damos" cargando los factores más a la genética y la epigenética, pero que notoriamente son a su vez influidos por factores exteriores y ambientales. Este autor puntualiza que lo ambiental no puede modificar los genes, pero sí: "afectar al entramado molecular que los sustenta (histonas) y modificar algunas de sus características químicas (metilaciones)", esto significa que, tener una vida meramente inactiva, consumiendo alimentos ultraprocesados, lejos de la actividad física, aunado al consumo de bebidas embriagantes (como la cerveza) y la inhalación del humo del

cigarro, podrán modificar la estructura molecular de una persona y ella podría heredarlo a sus descendientes, los cual provocaría un círculo vicioso que provocarían el despertar del "hiperinsulinismo" y el "Síndrome Metabólico", "monstruos" que viven en cada una de las personas (2019).

Rivera Dommarco, Hernández Ávila, Aguilar Salinas, Vadillo Ortega y Murayama Rendón (2012, p. 9), logran recopilar una serie de factores que ya fueron mencionados párrafos arriba (inmediatos y subyacentes) y es en los subyacentes donde incluyen algunos como: los psicosociales, ambientes de la escuela, el trabajo, la comunidad, las ciudades y los hogares, la calidad y acceso a servicios de salud preventiva y a servicios de sanidad, el rezago en el desarrollo agrícola del país y en la infraestructura en transporte y los grupos en condición de pobreza son más vulnerables, debido al: "limitado acceso alimentos saludables y a información confiable y clara sobre nutrición y su mayor susceptibilidad los efectos adversos de la obesidad"

En tal sentido, podemos encontrar que debido a la presencia de estos factores es complicado no caer en la trampa de la obesidad, las cuales también representan un peso sobre las instituciones: sociales, de salud, económicas y legales mismas que en ocasiones pueden ver limitadas sus acciones debido a la carencia de las herramientas adecuadas y los recursos para combatir la epidemia.

2.2.1 LA ALIMENTACIÓN

No es un secreto que la alimentación del humano ha cambiado a lo largo de la historia, antes, los alimentos se recolectaban del campo, pero debido a la progresiva expansión de la cantidad de los seres humanos, se ha hecho necesario la propia intervención del hombre para poder

crear los alimentos suficientes para la alta demanda, llegando a producir alimentos que, aunque ricos en calorías, azúcares y sales, pueden no aportar los nutrientes necesarios para el mantenimiento de nuestro organismo.

Campillo Álvarez refiere este proceso con etapas nutricionales de nuestra evolución, en donde en la primera etapa el paraíso terrenal, la caracteriza como una etapa en la que los alimentos no contaban con una producción que implique la intervención del hombre, es más bien una fase donde corresponde una fase caracterizada nutricionalmente por la abundancia permanente de alimentos, en su mayor parte de origen vegetal (2019, p. 51-52), es decir, que es una etapa en la que se pueden encontrar alimentos con baja densidad energética, especialmente los alimentos altos en fibra dietética, como granos enteros y vegetales con bajo contenido de almidón, que Rivera Dommarco, Hernández Ávila, Aguilar Salinas, Vadillo Ortega y Murayama Rendón (2012) identifican como factores protectores.

La segunda fase, la expulsión del Paraíso, se caracteriza por los cambios climáticos que comenzaron a crear nuevos escenarios para los humanos, Campillo Álvarez, menciona la abundancia de raíces y vegetales menos nutritivos y más escasos (quizás por el incremento de personas) y es aquí donde nos enfrentamos, en palabras del autor, a la: “escasez de alimentos, a los períodos de hambruna”; por tanto, la imaginación del humano puede comenzar en esta fase, dando pie a que ocurrieran algunas descompensaciones en la ingesta de alimentos, que, aunque menos nutritivos, aun no son los ultraprocesados. En este punto, Rivera et al., también analizan de manera adyacente, cómo algunas prácticas que pudieron surgir en esta fase, influyen para enfermar de obesos, entre las que destacan: “la repetición en la ingestión de alimentos o platillos, los alimentos con alto índice glucémico y la elevada frecuencia en la ingestión de alimentos energéticamente densos que se consumen entre

comidas a lo largo del día" (2019, p. 53), es decir, la paradoja de la abundancia y la escasez, se produce un efecto en la alimentación, una posible adaptación a la hambruna.

Una tercera fase que destaca Campillo Álvarez es la de carnívoros a la fuerza, donde debido a la escasez de los vegetales y frutas tiernas y la aparición de otros menos nutritivos (aunque no tan dañinos), se plantea, según el autor, la necesidad de recurrir a otro tipo de alimentos: los animales terrestres y acuáticos; condición dada por los cambios ambientales (2019, p. 53). El descubrimiento de este nuevo alimento permite la obtención de otro tipo de nutrientes y que Rivera et al., destacan, porque: "La forma en que se alimentan los grupos humanos es el resultado de un complejo proceso en el que intervienen múltiples factores, tanto de naturaleza biológica como de carácter social, en el marco de la cultura de cada grupo humano". Esto sin duda causará una nueva cultura en la alimentación y que, con los avances tecnológicos y sociales, habrá que dar una nueva respuesta a la demanda de alimentos que continuarán escaseando.

Una cuarta etapa analizada es la llamada el retorno al Edén alimentario, es decir, la agricultura, la ganadería, la caza, la pesca y la subsecuente civilización, son protagonistas de esta fase, el ser humano podrá ver una serie de abundancia de alimentos que no había conocido (o que había olvidado), es justamente regresar a estirar la mano y tomar alimentos para su mantenimiento, recordar aquella época en la cual se podía disponer de productos suficientes sin la necesidad de contender por ellos, un entorno que permite revivir: "las selvas húmedas del trópico". (2019, p. 54)

Este análisis desde la perspectiva de la evolución del humano y su entorno es muy bueno, porque nos aporta una visión de cómo era en un principio la alimentación, para lograr captar

un poco el fin último que tiene esta práctica de la alimentación lo cual es necesario tener presente para la adecuada toma de decisiones, pero justo es también analizarlo de manera social y antropológicamente hablando, pues en algunas culturas, como se mencionó, son diferentes las razones por las que se alimentan las personas y de qué se alimentan.

Pero en un mundo donde se volvió al Edén de los alimentos qué es lo que causa el incremento del peso, una de las respuestas relacionada a la alimentación es la que menciona Campillo Álvarez, el autor resalta algo que es muy importante para nuestra alimentación y que pocas veces tenemos presente: "La grasa corporal es la forma más eficiente y económica de almacenar energía", entonces, esa abundancia de alimentos se convierte en una fuente inagotable de energía, pero ¿a qué costo? Este mismo autor señala que:

> Los seres humanos, junto con los cerdos, son los animales que poseen un mayor número de adipocitos en relación con su masa corporal […] Los seres humanos somos muy grasos desde el nacimiento, más grasos que cualquier otro mamífero al nacer (un 14 por 100 de su peso es grasa). (2019, p. 103)

Evidenciado esto, nos damos cuenta de que, al consumir cierto tipo de alimentos, en combinación con otros factores que se irán describiendo, nuestro cuerpo tendrá un serio problema con la grasa almacenada, que, hay que recordar, se almacena y utiliza para otras actividades. He ahí una de las claves a considerar en la forma en que nos alimentamos.

2.2.2 LA URBANIZACIÓN

La urbanización quizás sea uno de los factores que menos puede influir en la determinación de la obesidad en la población, sin embargo, es importante señalar, debido a que muchos de los asentamientos humanos son mayormente urbanos, es decir, hay un espacio determinado

para la siembra de alimentos, aunado a eso, se debe analizar el tipo de suelo con el que cuenta un territorio, porque no todos los tipos de granos u hortalizas se pueden sembrar en todas partes.

En este mismo sentido Aguirre asevera que:

> Por principio en un área urbana, donde la autoproducción está limitada por el espacio, ésta depende en gran medida del mercado y del estado. Del mercado a través de la capacidad de compra (la relación entre los **precios de los alimentos** y de los **ingresos)** y del estado a través de las **políticas públicas** que inciden sobre precios e ingresos o actúan a través de políticas asistenciales compensando su caída. A estos componentes del acceso en el nivel macro hay que sumarles las **estrategias de consumo** en el nivel microsocial. (2004, p. 3)

Esta relación tripartita es sumamente importante para poder visualizar cuál será la forma en que la sociedad podrá adquirir sus alimentos, en un ambiente en el cual la población aumenta, el territorio para la siembra y cosecha de alimentos se reduce y, por ende, los precios de los alimentos más saludables aumenta y hace imposible para algunos una correcta alimentación, por lo que, recurrir a otro tipo de alimentación, una basada en la ingesta como la descrita en el apartado anterior y que aparentemente es la solución adecuada a una nueva escasez y que provoca que se haga casi imposible volver a la alimentación de los vegetales, como asegura Aguirre.

2.2.3 COMPORTAMIENTO ECONÓMICO Y EVOLUCIÓN DEL GASTO

En consecuencia, por el aumento de los alimentos con mayores nutrientes y más saludables,

es evidente que los que menos tienen son doblemente afectados: no hay poder adquisitivo, no hay buena alimentación. En un mundo donde la lógica de mercado ha provocado que el acceso a los productos y servicios sea privilegio sólo para algunos, los que mayormente tienen el poder monetario, ha provocado que incluso se recurra a otras estrategias, tanto en la alimentación, como en las actividades cotidianas del ser humano. La cuestión es, ¿hay una forma de contrarrestar esta situación?

Para reforzar esta idea, Aguirre hace un análisis desde la perspectiva ética y de justicia de Amartya Sen, en donde se menciona que los derechos se adquieren a través del poder económico y monetario, afirman: "En una economía de mercado, ese derecho opera a través del ingreso real. Si un trabajador vende su fuerza de trabajo y percibe un salario de doscientos pesos, sus derechos abarcan todos aquellos bienes y servicios que sumados cuesten hasta esa cifra". (Sen, 1982, en Aguirre 2004). Vale la pena mencionar que este análisis se enfoca sólo en la alimentación, pero, si lo trazamos a otras líneas, como el transporte, la educación, el ocio y la vivienda, la pobreza se agudiza, los servicios y productos adquiridos los serán sólo, como se afirma, por el ingreso real. Aquí es donde la decisión se vuelve difícil, las personas deben elegir entre comer bien (con alimentos cada vez más encarecidos) o comer lo que el mercado ha ofrecido desde el siglo XX y lo que llevamos del siglo XXI.

Bajo esta misma temática y a manera de ejemplo, Aguirre rescata algunos datos relevantes respecto al empobrecimiento que se ha vivido en Argentina, en donde debido a un proceso de hiperinflación, en donde los más afectados fueron los pobres, pues al tener un bajo ingreso, con las fluctuaciones del mercado, se empobrecieron más, no teniendo un poder adquisitivo lo suficientemente fuerte para adquirir alimentos. Esto es algo que puede ocurrir en cualquier parte del mundo, no obstante, en América Latina los efectos por la ausencia de políticas

públicas que atiendan de manera eficiente los ingresos de la población para una buena alimentación y/o el tratamiento de alguna enfermedad causada por una alimentación deficiente y precaria en nutrientes, puede significar un reto muy profundo y preocupante, tan sólo hay que observar que uno de los países con mayor obesidad en México.

2.2.4 LA ACTIVACIÓN FÍSICA

Dentro de este apartado destacamos lo importante que es mantenerse en movimiento para poder gastar la energía que tenemos de más en nuestros cuerpos, quemar la grasa que se va acumulando en zonas específicas y en caso de no realizar algún tipo de ejercicio o entrenamiento, las reservas estarán al asecho de nuestro bienestar. Al respecto, Campillo Álvarez sigue el análisis de el origen de la obesidad en la prehistoria, en donde coloca el ejemplo de unos homínidos que escapaban del peligro de un volcán, llegando al momento del desenlace, se cuestiona: "¿cómo pudieron sobrevivir estos homínidos huyendo aterrorizados para escapar de las explosiones y la lava del volcán, sin comida, trotando sin parar posiblemente durante varios días?" Es evidente que había una alimentación en la cual se tenía que disponer de muchos vegetales, granos y carne ocasionalmente para poder obtener la energía suficiente y enfrentar algún momento de escape o caminatas incesantes para el siguiente lugar de comida

El escenario en donde vivimos, en la creación masiva de alimentos ultraprocesados para poder alimentar a los seres humanos, no nos ayuda mucho para el mantenimiento de la actividad, antes era indispensable para cazar, huir o la propia alimentación, ahora, cómo debemos enfrentar esa situación, es la pregunta clave: uno de los elementos indispensables es la activación física. El mismo autor resalta que tenemos un sistema de reserva de grasa,

misma que nos puede dotar de energía para casos de emergencia y continúa, mencionando que nuestro sistema, en momentos de emergencia o estrés, a través del cerebro se segregan tres hormonas: “adrenalina, cortisol y glucagón”, su presencia es debido a los momentos en los cuales necesitamos actuar de manera rápida y tratar de controlar alguna situación, añade que, para el tema de la obesidad, estas hormonas:

> […] actúan sobre el tejido adiposo y estimulan específicamente el vaciamiento de la grasa que contienen. La energía acumulada sale en forma de ácidos grasos que circulan por la sangre y pueden ser utilizados como combustible por el músculo para permitir su contracción a lo largo de horas de trote (2019 p.112).

Observamos lo vital de la actividad física, nos percatamos que sin ella no podemos vivir (literalmente), pues es necesario gastar esa grasa, la energía, deshacernos del almacenamiento que, aunque importante, nos puede afectar de manera significativa y tener un fin demasiado prematuro.

2.2.5 LA GENÉTICA Y EPIGENÉTICA DE LA OBESIDAD

Otro de los riesgos internos a los que nos enfrentamos es la genética, nuestro cuerpo ha obtenido una serie de características que han contribuido a la obesidad, son elementos que los antepasados desarrollaron debido a una dieta, en la cual, aunque consistente en nutrientes de vegetales, granos y algo de carne, como se mencionó, se gastaba y ocupaba de manera casi completa para lograr objetivos y metas.

No obstante, a lo largo de la historia, con algunos descubrimientos y prácticas, ya no hubo necesidad de correr, la grasa ahí se quedó, la energía ya no fue gastada y los genes se modificaron, nuestro cuerpo heredó una serie de condiciones que no buscamos, pero que

ahora cada humano ostenta. Desde pequeños se ha visto este proceso, Alberto Vargas y Bourges Rodríguez lo señalan en su investigación:

> […] los infantes, productos de (las) gestaciones, modifican su metabolismo para aprovechar y almacenar de manera más eficiente la energía y los nutrimentos disponibles. Dichas modificaciones de los programas genéticos del metabolismo se constatan también en aquellos niños que acumulan exceso de grasa antes de los seis años de edad y así aumentan de manera notable la posibilidad de ser obesos en años posteriores. (2012, p. 101)

Nuestro cuerpo ya está predispuesto al almacenamiento de grasa, a la acumulación para una posible escasez de alimentos y que, con un comportamiento no apropiado, se puede aumentar la acumulación de grasa, es decir, tenemos esta condición que nosotros mismos podemos incrementar el riesgo de padecer obesidad. Son genes que se desarrollaron y heredaron para nuestra supervivencia, nuestro mantenimiento, no para alentar la ingesta de alimentos. Los autores citados también resaltan que se conoce la existencia de: "genes capaces de favorecer la acumulación excesiva de grasa corporal y de hormonas reguladoras de este proceso". La cuestión es saber cómo utilizarlas a nuestro favor sin que haya perdidas en el proceso, porque: "paulatinamente adoptamos el consumo de alimentos con alta densidad de energía que nos han llevado hasta la situación actual del consumo desmedido de grasas e hidratos de carbono refinados". (2012, p. 122)

En este vaivén de los genes, la alimentación y la actividad física, que influyen de manera significativa en la determinación de nuestro peso y acumulación de grasa, podemos entonces hacer referencia al término de la epigenética[5] la cual algunos autores la ven como la clave al

[5] La epigenética es el estudio de los cambios en la función de los genes que son hereditarias y que no se pueden atribuir a alteraciones de la secuencia de ADN. El término epi significa por encima. Elnitski, L. (s. f.). Epigenética NHGRI. Genome.gov.

combate a la obesidad, porque, según Campillo Álvarez, son las: "influencias ambientales" que modifican las "histonas"[6] y las "metilaciones"[7], estos dos términos usados en la genética, nos ayudarán a entender cómo todo afecta de manera proporcional a desarrollar la condición analizada, heredamos por nuestro entorno y debemos modificar diversos aspectos que contribuyen.

El mismo autor señala que las alteraciones que se pueden dar por las histonas y las metilaciones, son: "cambios (que) condicionan la expresión de la información que alberga un gen determinado y, por supuesto, la estructura de la proteína que las células fabrican con esa información […]", el humo del cigarro es algo que en ocasiones está fuera de nuestras manos (cuando otros fuman) o los ingresos económicos dependiendo del contexto en que estamos inmersos, son aspectos que no se pueden controlar, otros aspectos como la compra de alimentos y la actividad física, también son condicionados, pero con mayor oportunidad de emplear en nuestro favor, en los genes, qué hacemos, pregunta Campillo:

> contra los genes aún no se puede luchar con eficacia y, desde luego, pasarán muchos años antes de que se pueda intervenir […] La idea es que todo puede permanecer latente durante años si evitamos la actuación de aquellos factores que activan los genes y desencadenan el proceso (2019, p. 32)

Es decir, dentro de cada humano existen los códigos suficientes que, si se estimulan de manera (in)adecuada, pueden derivar en una serie de complicaciones en el futuro, el autor lo

[6] Las histonas son proteínas críticas en el empaquetamiento del ADN en la célula en forma de cromatina y cromosomas. También son muy importantes para la regulación de los genes. Gahl, W. (s. f.). Epigenética NHGRI. Genome.gov.

[7] La metilación del ADN es un proceso epigenético que participa en la regulación de la expresión génica de dos maneras, directamente al impedir la unión de factores de transcripción, e indirectamente propiciando la estructura "cerrada" de la cromatina. Mesa-Cornejo, Viviana Matilde, Barros-Núñez, Patricio, & Medina-Lozano, Claudina. (2006). Metilación del ADN: marcador diagnóstico y pronóstico de cáncer.

resalta, los genes no pueden modificarse con eficiencia, para no tener problemas de salud que han sufrido antepasados, pero el factor que también los activa es el tema referenciado a la epigenética, aquello que está en alcance directo para evitar o agravar problemas de salud, va más allá de los genes en donde el entorno social tiene un peso grande en las prácticas alimenticias y de activación física, las cuales, pueden perjudicar o mejorar una calidad de vida, pues existen entornos donde el refresco de cola posee una representación simbólica de integración familiar (representación en parte motivada por una lógica de mercado fuertemente arraigada en diferentes culturas), o bien, pueden existir contextos en donde, por ejemplo, el agua asume aquella representación simbólica u otras interpretaciones.

La representación que se otorgue a los alimentos es condicionada por ideologías políticas, económicas, sociales, étnicas y religiosas. Sin embargo, en un mundo totalmente globalizado e influenciado por diferentes tendencias, el mercado juego un papel importante en el comportamiento de las personas y su alimentación.

2.2.6 EL MERCADO

El aprovechamiento de una necesidad básica, como es la alimentación, puede provocar que existan técnicas y estrategias de venta en un entorno donde predomina una lógica de mercado, además de una explotación de estrategias para lograr posicionar a los alimentos ricos en carbohidratos en la dieta de las personas. Ya se ha mencionado que la obesidad es un factor principal para la presencia de enfermedades, esencialmente, las que se catalogan como no transmisibles. La obesidad, es una enfermedad derivada de múltiples factores, en el presente apartado, se realizará un análisis general de cómo el mercado tiene un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad.

Según Temporelli y Mussini, ha existido una serie de causas que la lógica de mercado ha permitido que se presenten diferentes elementos que contribuyen a la prevalencia de la obesidad, a saber:

1. Disminución de los precios de los alimentos con mayor aporte calórico y aumento del de frutas y verduras.
2. Incremento del costo de oportunidad del tiempo de las mujeres por inserción en el mercado laboral.
3. Incremento de las actividades sedentarias como TV, Computación o Videojuegos.
4. Aumento de las comidas fuera del hogar.
5. Incremento del número de restaurantes de comidas rápidas.
6. Gran número de publicidades tendientes a incrementar el consumo de alimentos ricos en azúcar y grasa, especialmente en el segmento infantil. (2012, p. 92-93)

Desde luego que cada nación tiene comportamientos, usos y costumbres diferentes, sin embargo, como se mencionó, la globalización ha provocado que los alimentos ricos en carbohidratos estén más cerca de todos, desde niños hasta adultos mayores, permitiendo que se pueda "acostumbrar" la presencia de alimentos que no forman parte de la dieta "tradicional" de cada región. Pues tal como mencionan las Naciones Unidas: "la agricultura y la producción de alimentos se orientan cada vez más al suministro de supermercados y de los hipermercados". (2012, p. 1)

Estos cambios, dan pie a cambios en los sistemas alimentarios, a nuevas formas de atender la forma en que se alimentan las personas.

Esta misma organización, crítica la forma en que se acerca y presenta este tipo de alimentación a diferentes regiones, pues hay una doble complicación: malnutrición y hambruna. Es decir, existe la cura al hambre, pero provoca una enfermedad, pues menciona:

> "son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. En sus formas actuales, son inventos de la ciencia y la tecnología de los alimentos industriales modernas. La mayoría de estos productos

> contienen pocos alimentos enteros o ninguno". (2012)

Por lo que la población, en cualquier ámbito, se encuentra expuesta a estos escenarios que incluso pueden generar una adicción a ciertos alimentos ricos en carbohidratos o elementos de estos, porque mencionan Temporelli y Mussini (2012):

> La adicción a un bien se da cuando existe un fuerte efecto positivo de consumos anteriores de un bien sobre el consumo actual. […] la cantidad y tipo de alimentos que se consume hoy influyen en nuestro consumo futuro, con lo que se puede ingresar en una espiral de aumento en el consumo de alimentos con incrementos constantes de peso […]" (p. 93)

Por lo que podemos encontrar que la interacción de las personas con los alimentos, publicidad y estrategias del mercado, pueden provocar un comportamiento que puede terminar con la vida, entrando en una contradicción, pues dicen estos autores: "La diferencia estriba en que el consumo adictivo en el caso de la alimentación se relaciona con un objeto que es necesario para la vida […]". A diferencia de otro tipo de adicciones, por ejemplo, drogas legales o ilegales.

Sin embargo, la forma en que influye la lógica de mercado no sólo se detiene en este aspecto del comportamiento individual, también colectivo y, como se ha observado a lo largo de la historia, el mercado tiene a fallar, porque según algunos teóricos de esta corriente, debe existir una asignación eficiente individual y colectivo, donde es necesario que se cumplan condiciones que puede que no se presenten. En ese sentido, la teoría propuesta por Pareto, si no se cumplen los supuestos para la "asignación eficiente" entonces ocurren los "equilibrios subóptimos" que, de forma simple, se dan cuando lo producido o consumido de los bienes no están a la par con el "óptimo social".

No obstante, para que el óptimo o equilibrios se presenten, deben generarse una serie de condiciones que permitan a la persona tomar la mejor decisión, es decir, cómo y con qué alimentarse, en el entendido que hay información suficiente y que la persona es capaz de ser

racional en todo momento, según la lógica del mercado, lo anterior debe cumplirse, pero, como mencionan Temporelli y Mussini (2012) respecto a los problemas de la obesidad, pues la información en el mercado, se presenta de dos maneras:

> 1. […] dificultad para conocer las características nutricionales de los alimentos ingeridos, tales como su valor calórico, el contenido de azúcares, grasas trans, aditivos, conservantes, etc. […]
> 2. A partir de los conflictos ligados al hecho de que no todos los participantes del mercado tienen acceso a la misma información.

El primer punto puede ser aún más complicado respecto a la forma en que se alimentan ciertos grupos de la sociedad, tales como los niños y los adultos mayores, pues la misma etapa en que viven, limita el aprendizaje (más fácil en los niños) pues implica recordar información o ser atendido por alguien más para que la alimentación sea de lo más adecuada.

Siguiendo la misma idea de la racionalidad en el consumo, también hay otros factores que determinarán su comportamiento ante esta enfermedad y otras situaciones, pues existe una forma de ver a la enfermedad con un elemento como es el aseguramiento, sea privado o público, sea cual sea la forma en que el sistema de mercado lo permita. En este mismo sentido, los mismos autores plantean la aparición de una nueva figura: “el riesgo moral”.

Por lo anterior, se puede decir que el asegurado, puede tener un comportamiento mínimo para el cuidado de su salud, para tratar de aminorar el impacto de su estilo de comer y que no se manifiesten otras enfermedades o el “síndrome metabólico” que se ha mencionado en un capítulo anterior; la contraparte de ese riesgo moral tiene que ver con el alza en la demanda de servicios sanitarios (Mussini & Temporelli, 2013), lo que puede significar una doble carga a los servicios de salud de un país y este problema se puede corroborar con una simple gráfica de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022, pues se puede observar que la sociedad mexicana tiene un alto consumo en Alimentos, bebidas y tabaco y

los cuidados de salud presentan una baja del gasto:

Imagen 3. Gasto corriente monetario promedio trimestral por grandes rubros

Rubros de gasto	Promedios (pesos)				Variación Porcentual		
	ENIGH 2016	ENIGH 2018	ENIGH 2020	ENIGH 2022	2016-2022	2018-2022	2020-2022
Gasto corriente monetario	**38 415**	**39 147**	**34 108**	**39 965**	**4.0***	**2.1***	**17.2***
Alimentos, bebidas y tabaco	13 502	13 787	12 977	15 059	11.5*	9.2*	16.0*
Transporte y comunicaciones	7 427	7 811	6 331	7 714	3.9*	-1.2	21.8*
Educación y esparcimiento	4 780	4 742	2 619	3 921	-18.0*	-17.3*	49.7*
Vivienda y servicios	3 658	3 733	3 746	3 793	3.7*	1.6	1.2
Cuidados personales	2 840	2 898	2 731	3 075	8.3*	6.1*	12.6*
Limpieza y cuidados de la casa	2 267	2 297	2 233	2 432	7.3*	5.8*	8.9*
Vestido y calzado	1 777	1 754	1 018	1 523	-14.3*	-13.2*	49.6*
Salud	1 037	1 028	1 443	1 345	29.7*	30.9*	-6.8*
Transferencias de gasto**	1 127	1 096	1 009	1 101	-2.3	0.5	9.2*

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016, 2018, 2020 y 2022.

Y este tipo de fenómenos causan que también se observe otro tipo de problemas asociados con las fallas de mercado, como lo es el ingreso promedio de los adultos mayores, en donde las mujeres tienen la mitad de ingreso de los hombres, entonces, la vulnerabilidad física y social se presenta de mayor manera contra este grupo.

Imagen 4. Ingreso promedio trimestral monetario por grupos de edad, según sexo y año de levantamiento. (Pesos)

Grupos de edad	Ingreso promedio (pesos)					
	ENIGH 2016			ENIGH 2022		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	**22 284**	**27 875**	**16 097**	**24 414***	**29 285**	**19 081***
12 a 19 años	5 404	6 200	4 413	6 532*	7 544*	5 282*
20 a 29 años	20 736	24 022	16 696	22 181*	25 511*	18 251*
30 a 39 años	28 606	35 127	21 491	30 395*	36 628	23 634*
40 a 49 años	30 478	37 684	22 685	31 694	37 655	24 988*
50 a 59 años	29 747	36 499	22 359	31 313*	37 947	23 652*
60 o más años	27 293	40 452	14 359	23 738	30 216	17 806*

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016 y 2022.

Estos dos factores en conjunto pueden representar un gran reto para el sistema de salud mexicano y de cualquier país, pues al tener una inseguridad en aspectos alimenticios y económicos, el panorama se complica para quienes parecen no representar más que una carga mayor en diferentes aspectos.

CAPÍTULO 3. SISTEMA DE SALUD Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE OBESIDAD

MARCO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD Y EL BRAZO ASISTENCIAL

3.1 CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

La presencia de la obesidad y el inadecuado tratamiento y control, pueden significar la presencia de otras enfermedades, como la diabetes mellitus (I y II), hipertensión, la

dislipemia, la aterosclerosis que en su conjunto se conocen como el “Síndrome Metabólico” (Campillo Álvarez, 2019), además de estas complicaciones, existen otras como la depresión, las enfermedades del hígado, osteoartritis, algunos tipos de cáncer, pancreatitis, enfermedades del riñón, enfermedades cardiovasculares y reflujo (Secretaría de Salud, 2012, en IMCO, 2015).

Todas estas enfermedades tienen un trato diferente, especial, según sea el caso y sin un seguimiento oportuno, pueden avanzar, disminuyendo en toda medida la salud de las personas, que pueden ver limitado su accionar en el trabajo, la escuela, lo cotidiano.

3.1 ENFERMEDADES Y COSTOS DE LA OBESIDAD

Este tipo de problemas traen consecuencias, por ejemplo, costos económicos que significan un limitado actuar de las instituciones para el tratamiento de la obesidad y, además, el costo también se ve reflejado sobre lo microeconómico, en las personas, derivado de los altos costos que conlleva tener algunas enfermedades causadas por la obesidad y que también pueden contraer otros efectos, como el ausentismo laboral que significaría una pérdida monetaria para el tratamiento o la alimentación o destinarlo a otro tipo de actividad que puede ayudar a contener enfermedades y una posible reducción de la obesidad.

Según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) los países miembros de la organización: “gastan aproximadamente un 8,4% de su presupuesto sanitario en proporcionar tratamiento para las enfermedades relacionadas con el sobrepeso” (2019), esto significa que en algún momento los sistemas pueden colapsar y dar inicio con muertes prematuras en las personas (sin haber llegado a la vejez) o en esta etapa de la vida con múltiples problemas. Sin embargo, cuando el sobrepeso no es causa suficiente para los

malestares, pero sí la obesidad y, como se ha visto, es debido a la ingesta de alimentos ricos en calorías, grasa, azúcares, conservadores y sales, esto puede significar un problema mayúsculo, pues la misma OCDE menciona que los costos directos sobre el sistema de salud se ven reflejado cuando personas con obesidad (no sobrepeso):

> Utilizan más los servicios de salud, se someten más a cirugías y reciben más del doble de las recetas en comparación con las personas con un peso saludable. Por término medio en los países de la OCDE, el sobrepeso es responsable del 71% de todos los costes de tratamiento de la diabetes, del 23% de los costes de tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y del 9% de los cánceres (2019).

CAPÍTULO 4. EL ADULTO MAYOR Y LA OBESIDAD

Dados los riegos a los que nos enfrentamos a lo largo de la vida, llegar a ser viejo, alguno esperaría que serlo sería un estado en el que puedes detenerte a gozar del fruto de tu trabajo (no sólo económico, no es el fin del hombre). Un estado en el cual se puede experimentar una nueva forma de vivir, en donde, salvo por las restricciones físicas, se podrían disfrutar o revivir experiencias que se detuvieron por una u otra razón, dedicar tiempo al gozo que algo te lo puede proporcionar sin la necesidad de un esfuerzo mayor. Sin embargo, hay motivos suficientes para que la integridad de la persona se vea comprometida, una de ellas es la obesidad y las enfermedades que aparecen por la condición referida, además, las complicaciones que se presentan por el avance de la edad.

Entonces, al adulto mayor por ser una persona que pertenece a un grupo vulnerable debido a la fragilidad que puede contraer debido a la presencia de la obesidad (entre otros factores), es importante analizar lo que es una persona puede padecer en esta etapa de la vida, lo que implica y lo que se complica, pues es donde la mayoría de las enfermedades no

diagnosticadas o mal controladas comienzan a registrar estragos y evidenciar inconvenientes. Un adulto mayor en la etapa de la vejez según algunos autores se da

> A partir de los 60, otros a partir de los 65-70 (años). Otros simplemente dicen que es una definición social. Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para todos los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (2010, p. 16)

¿Por qué un adulto mayor puede ser considerado vulnerable? Por lo avanzado de la edad y las enfermedades que puede padecer una persona, en ocasiones es difícil que por sí mismo se pueda valer, lo que lo hace caer en un estado de dependencia y si no existe quien asista a la persona, entonces puede haber vulnerabilidad, en tal sentido Feito menciona que

> Ser vulnerable implica fragilidad, una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño. Por tanto implica ser susceptible de recibir o padecer algo malo o doloroso, como una enfermedad, y también tener la posibilidad de ser herido física o emocionalmente. La vulnerabilidad también puede entenderse como poder ser persuadido o tentado, poder ser receptor, ser traspasable, no ser invencible, no tener absoluto control de la situación, no estar en una posición de poder, o al menos tener la posibilidad de que dicho poder se vea debilitado (2007 p. 8-9).

Con una enfermedad como la obesidad, entonces, se puede decir que la persona es vulnerable, pues son diversos los elementos que se combinan para que se vea limitada en su independencia, pues ha sufrido por las enfermedades y su accionar no es el mismo que en edades tempranas. Uno de los acontecimientos que pueden reforzar la idea de la vulnerabilidad es debido al debilitamiento y adelgazamiento de la masa muscular, la cual se ve más complicada mantener por la presencia de la obesidad y la subsecuente aparición de la

sarcopenia[8]. Estos dos factores permiten la aparición de otro problema: la fragilidad.

4.1 LAS COMPLICACIONES DEL ADULTO MAYOR CON OBESIDAD Y SARCOPENIA

En los adultos mayores la fragilidad puede presentarse de múltiples formas. La fragilidad, según Quinn *et al*., será en la medida en que:

> Puede definirse por características como la velocidad de la marcha y la fuerza de prensión, o describirla como una acumulación de diagnósticos, síntomas y problemas relacionados con la edad. Ambos modelos comparten un concepto central de mayor riesgo de efectos adversos derivados de la enfermedad.
>
> En general, se ha observado que los adultos mayores se muestran más enfermos en su presentación, tienen un tiempo de hospitalización más prolongado y los resultados son más pobres. (2019)

Dado que problemas como la hipertensión y la diabetes se evidencian en este grupo con mayor frecuencia, es indudable la urgencia de atender las necesidades que pueden desarrollar. Otro riesgo es la aparición de la obesidad sarcopénica y que a su vez puede dinamitar la aparición de otros problemas[9] entre ellos la fragilidad en el sistema de los huesos (óseo) y muscular que a su vez significaría problemas en miembros del cuerpo, como las piernas y que esto podría traducirse en constantes caídas y que pueden tornarse en graves debido a la fragilidad en todo el cuerpo del adulto mayor en la lenta recuperación de los tejidos

[8] Según Beas-Jiménez: Tras alcanzar la edad adulta, los seres humanos y la mayoría de los mamíferos sufren un declive progresivo de la fuerza masa muscular a medida que transcurre el tiempo (Beas-Jiménez et al., 2011). Además, Rantanen: Dicho declive comienza progresivamente alrededor de los 30 años, con una pérdida especialmente acelerada después de los 60 años (Rantanen et al., 1998; Bassey, 1998; Frontera *et al*., 2000).

[9] Según comentan Hulens et al., la presencia de la obesidad sarcopénica puede dar inicio para desarrollar discapacidad física en el futuro, ya que, ante la misma carga de trabajo, el gasto calórico, el consumo de oxígeno y la fuerza muscular requerida por un obeso es mayor que aquella requerida por una persona con normopeso, lo que potencialmente puede limitar su rendimiento físico (en Peña et al. 2013 p.3)

musculares y óseos.

Desde una perspectiva particular, llegar a cierta edad no significa detenerse en las actividades, independientemente de la presencia o no de Enfermedades no Transmitibles (ENT), sin embargo, es necesario desarrollar e implementar políticas públicas. Con los datos recopilados se pretende que las personas adultas mayores puedan contar con el ingreso económico, emocional o material, la motivación necesaria para que, llegada la vejez, no se vean limitados a sólo vivir para ser viejos, sino, más bien mitigar y lentecer lo más posible, la presencia de las consecuencias de la obesidad, procurando que se viva otra oportunidad (segunda, tercera o cuarta), en la cual se aprendan más y mejores formas de desarrollar actividades y contribuir al bienestar general.

En tal sentido, Pérez Martínez *et al*., asevera que:

> El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (2018 p. 60)

Es importante entonces saber, cómo es que este sector, participa en la construcción, la instrumentación y el desarrollo de políticas públicas, como la gobernanza lo exige y, así, conoce acerca de las políticas públicas que les permite adquirir oportunidades y capacidades. En tal sentido, se necesita un trabajo en conjunto, multidisciplinario de diversas áreas, pues ello resultará en una mejor disposición de información para tomar decisiones.

Siendo el objeto de estudio las políticas públicas contra la obesidad en adultos mayores, una de las ciencias que puede aportar, es la gerontología, dominado y estudiado por ciencias médicas las cuales pueden generar un conocimiento rico en términos técnicos los cuales en ocasiones puede ser difícil de apreciar y digerir por algunos sectores de la sociedad. En tal

sentido, es preciso demostrar a través de las ciencias sociales, a través de la administración pública, ese acercamiento o atención de la cual se pueda "traducir" y aplicar el conocimiento, para lograr que tomadores de decisiones, desarrollen las políticas públicas que aporten al sector de los adultos mayores un reconocimiento pleno de su participación como sector importante, y no considerarlos en forma genérica y estereotipada.

La inteligencia cristalizada, como capacidad obtenida, puede y debe ser utilizada en la instrumentación de políticas, es pues, el sector de los adultos mayores (como los demás sectores) uno de los principales insumos de conocimiento para las políticas públicas, para poder llevar por buen camino el desarrollo de la sociedad. Aunque en este aspecto es necesario analizar el total de adultos que asisten a consulta con el geriatra, pues el servicio público es tardado y sufre de presión laboral y el servicio público puede ser elevado para este sector que se ve mermado en sus actividades. Las cifras son alarmantes, pues enfermedades como la obesidad, la hipertensión, la dislipemia, entre otras, no se detienen y en México, la cantidad de geriatras no es la más alentadora, pues en 2019 existían 13 millones de adultos mayores y sólo 537 geriatras certificados. Actualmente, según el Consejo Mexicano de Geriatría son 669 los profesionales certificados.

Se ha planteado desde la perspectiva de la psicología que ha habido un bloqueo al desarrollo de actividades para los adultos mayores, pues existen estereotipos que mencionan que al llegar a esta edad, los adultos ya no serán capaces de realizar alguna actividad, sin embargo, Pérez Martínez *et al*. (2018), plantean la siguiente pregunta: "¿Todos envejecemos de la misma forma?" aludiendo pues, a que cada uno poseemos capacidades, cualidades y habilidades, razonamiento y capacidad de tomar decisiones acerca de nosotros mismos y evitar un posible envejecimiento igual o similar a otras personas que se encuentran en

contextos dados.

Se asegura que: “Hay personas mayores que mantiene su vigor físico, la alegría de vivir, motivaciones diversas y sus capacidades intelectuales hasta avanzada edad, frente a otras que presentan, desmotivación, aislamiento, afecciones severas como la demencia u otras enfermedades.” (2018, p. 61). Esas “otras enfermedades” son las que se presentan, según las estadísticas, en el contexto de la sociedad mexicana: la obesidad y sus derivados.

Entonces, no son sólo las barreras psicológicas que se mencionan es también un malestar físico, presente desde la niñez hasta la vejez: la obesidad. Siguiendo con los autores, se menciona que los términos que últimamente han sido aceptados son: “la vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito” (2018, p. 62).

Estas barreras también se cimentan a partir de las instituciones que se tienen en el país, pues con las tendencias al envejecimiento, es necesario que se adecuen para la atención a las necesidades para poder brindar las mejores soluciones, Ham (2003, en Klein, 2015, p.79) advierte que “[…] si bien el envejecimiento aún no es un fenómeno predominante, resulta fundamental que las instituciones comiencen a preparar la infraestructura de servicios propia de una sociedad envejecida”. Por lo que en México se debe procurar el análisis completo de lo que ocurre, realizando los diagnósticos necesarios para el accionar a través de políticas que brinden estabilidad y confianza a los adultos mayores, en tal sentido, Villagón Ornelas (2009, en Klein, p. 79) resalta que: “en un país con estas características, las políticas públicas en materia de población y desarrollo deberían modificar cada vez más su énfasis en función de los niveles y tendencias demográficas”.

Parte del establecimiento de barreras a partir de estereotipar a los adultos mayores, es la

presencia de un nivel de desconfianza e incertidumbre en las instituciones del país, Klein (2015, p. 78) cuestiona el contexto mexicano al referir: […] "cómo los sistemas de confianza son sustituidos por sistemas de desconfianza que fragilizan los sistemas de fiabilidad que hacen posible el contrato social".

Aunado a las barreras psicológicas y padecimientos físicos derivados por la edad y la obesidad, que contrae otras enfermedades, se ve aumentado por los hábitos alimenticios que tienen las personas: no es la misma alimentación que debe tener un niño de 11 años a un adulto mayor de 69 años, pero si no se diferencia esto en las políticas públicas, es difícil resolver el caso. Según reporta INEGI a través de ENSANUT 2018, la ingesta de alimentos recomendables, en el rango de 20 años o más, reporta que el 85.9% de la población consume agua; frutas y verduras cae hasta el 49.7 y 44.9 por ciento, respectivamente.

4.2 EL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL: ALGUNOS CASOS REPRESENTATIVOS

Según Naciones Unidas: "Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo" (2020). Y añade que: "El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos".

Debido a procesos como el aumento de la esperanza de vida, el mundo está viviendo nuevos escenarios, en los cuales pocos gobiernos se encuentran preparados para afrontarlos. Uno de ellos es el envejecimiento de la población, las mismas Naciones Unidas afirman que:

> La población mundial está envejeciendo: la mayoría de países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores.
>
> El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social...), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales (2020).

La obesidad es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo humano debido al consumo constante de alimentos ricos en grasa y que, por diversos motivos, el organismo no puede eliminar o bien, se predispone para el almacenamiento y en combinación con la ausencia de actividad física, la ausencia de información confiable para un consumo distinto que no sólo sea la ingesta de grasas en exceso y la propia genética del ser humano, inducen la aparición de esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso y la obesidad como: "una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud" (2020, p.1).

4.3 EL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO NACIONAL EN MÉXICO

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018), en México viven: 124.9[10] millones de mexicanos de las cuales 51.1% son mujeres y 48.9% son hombres. De los cuales el 12.3% de la población representa a los adultos mayores (60 y más años de edad) lo que equivale a 15.4 millones de personas en el rango establecido, lo que representa cierto crecimiento a lo reflejado en que en la versión 2014 que según los registros el porcentaje de este grupo de edad fue del 10.9 por ciento de un total de 119.9 millones de

[10]Nota: los resultados de la ENADID 2018, expanden a una población total de 124 994 566 personas, con un límite superior de 125 721 662 y un límite inferior de 124 261 713.

personas.

Aunque la obesidad se presentó en los países desarrollados, ahora resulta alarmante que la enfermedad se presente en países con una economía emergente como países latinoamericanos donde esto representa una doble carga de morbilidad[11]. En tal sentido, la situación de México resulta algo alarmante, porque según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) recopilados a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT) al menos 8.6 millones de personas en el año referido tenían un diagnóstico previo de diabetes (uno de los principales males causados por la obesidad) el cual puede representar un serio problema, porque según un estudio de la OCDE México es un país en riesgo y uno de los más preocupantes porque

> Los altos niveles de sobrepeso y obesidad también afectan el desempeño económico de México. […] (se) estima que el sobrepeso y las enfermedades relacionadas: 1) reducirán la fuerza laboral mexicana en el equivalente a 2.4 millones de trabajadores de tiempo completo por año, ya que las personas con sobrepeso y enfermedades relacionadas tienen menos probabilidades de estar empleadas y, en caso de estarlo, tienden a ser menos productivas; 2) supondrán cerca del 8.9 % del gasto en salud por año durante el período 2020 a 2050; y 3) le restará al PIB mexicano 5.3 puntos porcentuales, un porcentaje muy superior al promedio de la OCDE del 3.3 %, una cifra que ya de por sí es demasiado alta. De hecho, México es el país de la OCDE en donde el sobrepeso, la obesidad y sus enfermedades derivadas tendrán el impacto más grande en el PIB entre 2020 y 2050 (2020, p. 1).

Datos más recientes, en la ENSANUT 2018, muestran que, el porcentaje de adultos de 20

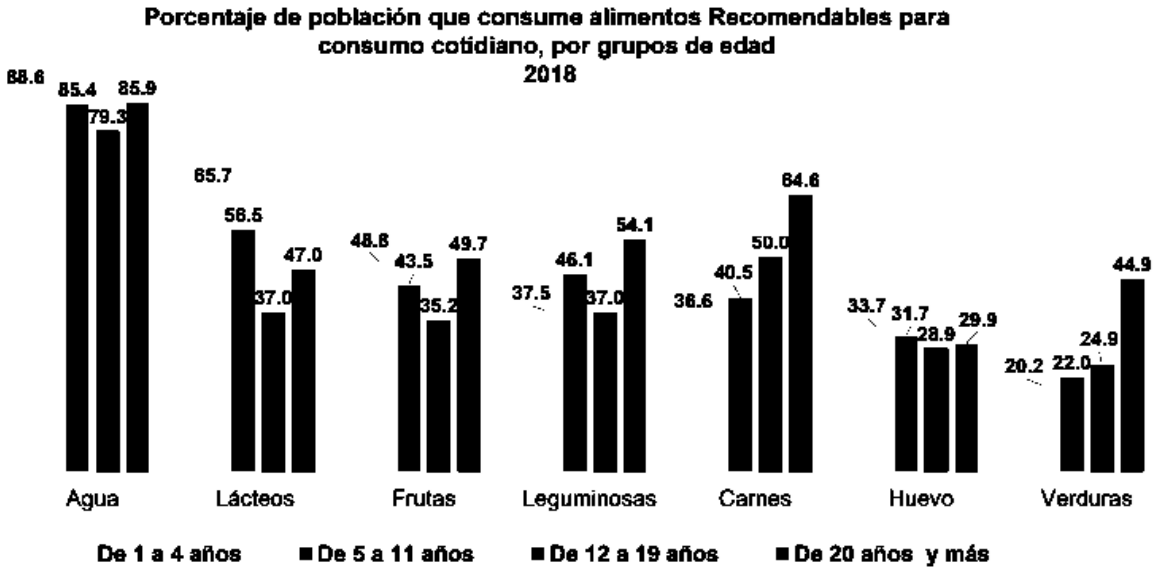
[11] Según la Organización Mundial de la Salud Actualmente, muchos países de ingresos bajos y medianos están afrontando una «doble carga» de morbilidad.

- Mientras estos países continúan encarando los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, también experimentan un rápido aumento en los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como la obesidad y el sobrepeso, sobre todo en los entornos urbanos.
- No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en el mismo país, la misma comunidad y el mismo hogar. (2020)

años y más es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad). Por lo anterior expuesto, es relevante estudiar la obesidad desde el ámbito clínico porque mediante los datos se puede constatar que tal enfermedad no es simple pasajera, aunque puede haber una disminución o mantenimiento en la presencia de dicha enfermedad, sigue existiendo el riesgo de padecer múltiples problemas porque en el 2018 el 18.4% de la población de 20 años y más en México tiene problemas de hipertensión; mientras el 19.5% de la misma población tiene una medición de colesterol y triglicéridos alto.

Estos elementos, como se mencionó, son parte del Síndrome Metabólico que significa un gran problema porque con la presencia de una enfermedad (obesidad, diabetes, dislipemia, hipertensión, aterosclerosis), se pueden presentar los otros problemas descritos y lo que ocurre en México es que existe un grupo vulnerable, que son los adultos mayores, porque conforme la vida avanza y con la edad se incrementan las personas: “con diagnóstico previo de hipertensión, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018” (2018). Tan sólo es cuestión de observar las siguientes gráficas y saber si la sociedad mexicana puede o no superar los problemas de la obesidad, puede o no desarrollar políticas públicas de cuidado contra la obesidad en adultos mayores

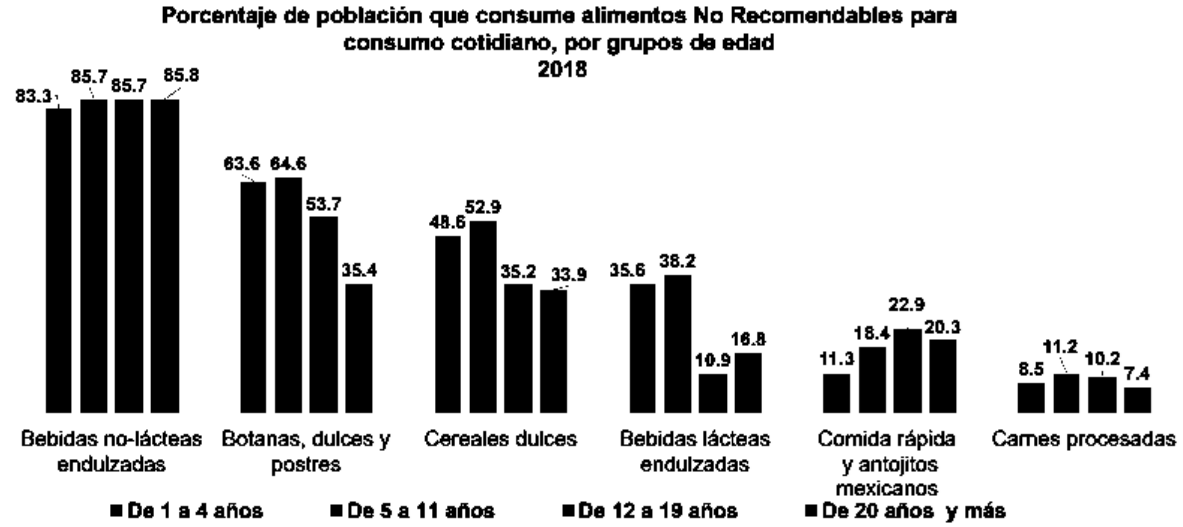
Imagen 5. Población Que Consume Alimentos Recomendables



Fuente: ENSANUT 2018

Mientras que, en la ingesta no recomendable, en el mismo grupo, el consumo de bebidas no-lácteas endulzadas se asimila al porcentaje del agua, con un 85.8 por ciento, seguido por botanas y dulces y cereales dulces con un 35.4 y 33.9 por ciento, respectivamente.

Gráfica 6. Porcentaje De Población Que Consume Alimentos No Recomendables



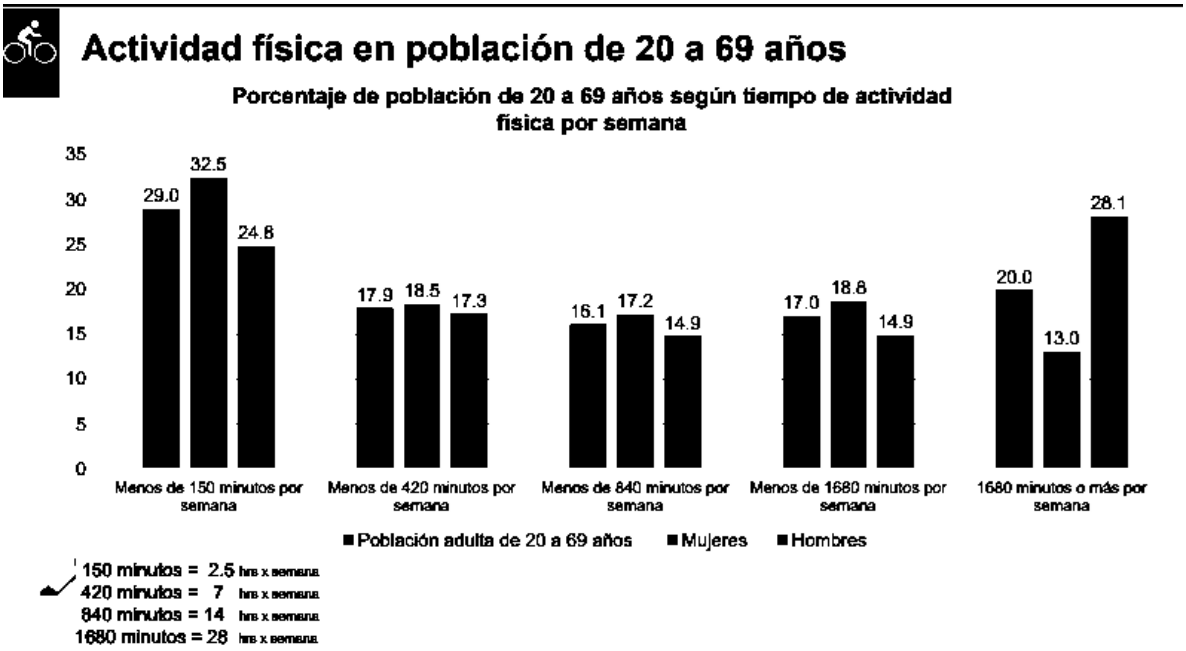
Fuente: ENSAUT 2018

Por lo que es importante analizar la manera en que los adultos mayores mantienen o no, una buena salud[12], un consumo ideal de alimentos y una participación en la sociedad, para la toma de decisiones.

Un factor más que influye en la obesidad, son las causas genéticas, pues al analizar las tablas anteriores, se puede evidenciar que la sociedad sigue en el consumo de alimentos con alto contenido calórico, azucares y sales, que son los que principalmente contienen los productos ultraprocesados. Así, la combinación de estos dos elementos contribuye en, lo que menciona López-Cabanillas Lomelí (en Romero 2010 p. 12): "inducir a una predisposición alta por acumular grasa abdominal y desarrollar síndrome metabólico. Dos de los más importantes son la ingestión de calorías y la inactividad física". En este último punto, en ENSANUT se menciona que mayormente las personas de 20 a 69 años realizan 2.5 horas por semana, siendo los hombres quienes realizan menos en este rango, pero más en el rango de 28 horas por semana.

[12] Existen definiciones que van desde lo filosófico, hasta lo psicológico, dicho lo anterior, la definición que se ocupara en el presente trabajo es a la referida por el doctor Ezequiel Paz, que define a la salud como "la capacidad para cumplir con las rutinas diarias que le permiten satisfacer sus necesidades de amar, trabajar, socializar y gozar de esas pequeñas cosas que la vida le regala"; la completa diciendo que la enfermedad es el estado "que no se lo permite". (En Gregorio Martínez Narváez 2013, p. 140)

Imagen 7. Población con Actividad Física.

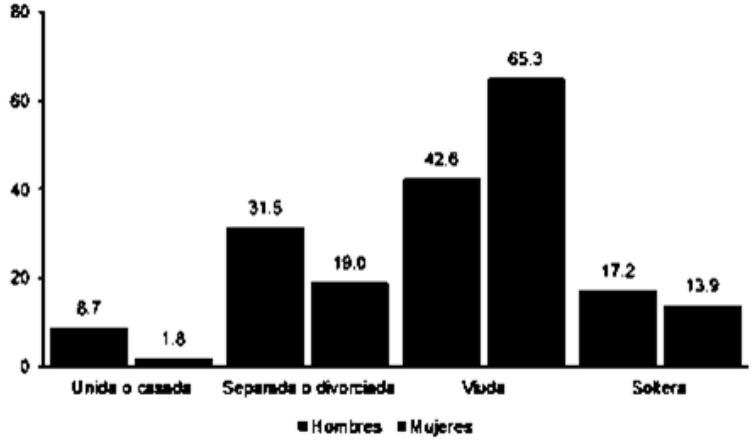


Fuente: ENSANUT 2018

Lo importante es demostrar que la actividad física también debe ser diferenciada para los adultos, porque como se mencionó, existen diversos factores de riesgo y se suman la fragilidad y la vulnerabilidad.

A nivel nacional, podemos observar en la gráfica 4 que la situación conyugal de la población de 60 años o más y la fuente de ingresos, en la que se ve que las personas que viven solas son por viudez con un 42.6 para hombres y 65.3 para mujeres. Referente a la fuente de ingresos, en la gráfica 2, se puede observar que un 36.7% se mantiene por jubilación o pensión. Otro aspecto que hay que resaltar es el de la salud, en donde la afiliación a servicios de salud tiene como mayor porcentaje al seguro social (IMSS) con un 44.1% según reporta la gráfica 5.

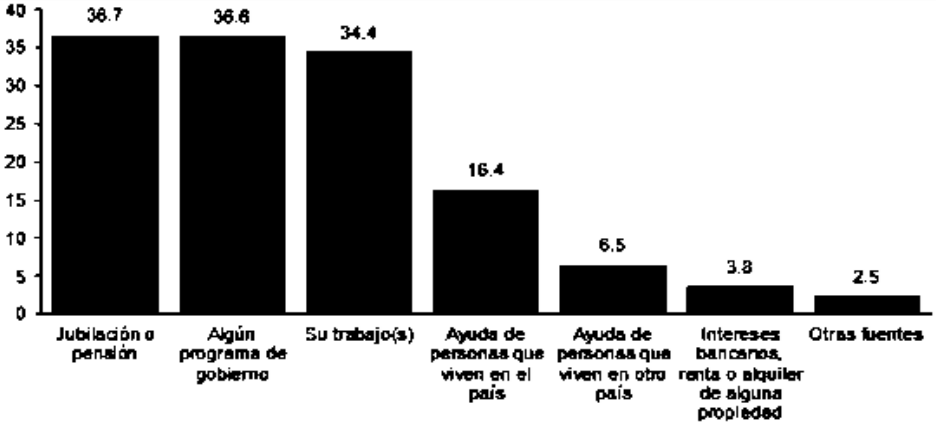
Imagen 8. Distribución de población de 60 años o más: situación conyugal



Fuente: INEGI 2019

Esta misma condición de viudez, puede significar no tener una alimentación adecuada para poder tener salud y que se presenten una serie de problemas y lo mismo puede pasar con aquellas personas que dependerán de familiares o alguna institución y que no pueden acceder a una alimentación buena y balanceada, por lo que es un riesgo que también puede significar diferentes erogaciones, individuales y colectivos.

Imagen 9. Gráfica de distribución de personas de 60 años o más que viven solas y fuentes de ingreso principales

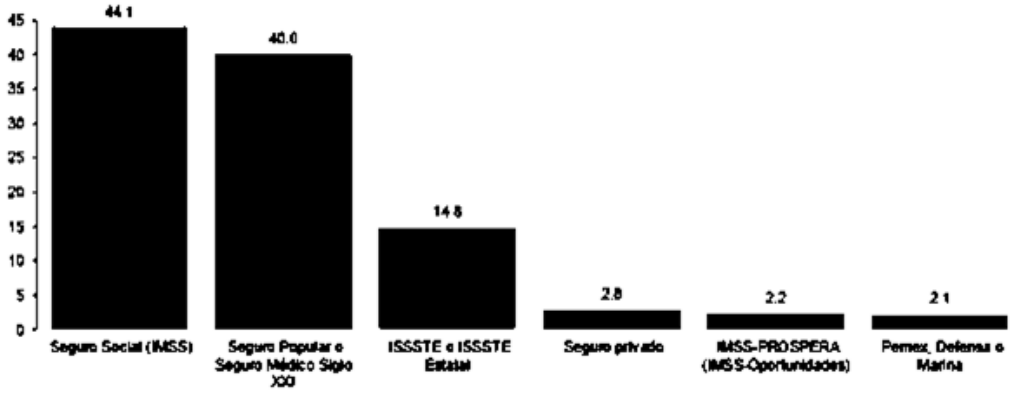


[1] La suma de los porcentajes es superior a 100, debido a que una persona puede recibir ingresos de más de una fuente.

Fuente: INEGI 2019

Como ya se observó en un capítulo, el tener un ingreso constante, podría suponer una racionalidad en la forma en que se gasta para el consumo de alimentos, es un tema que puede desglosarse de mejor manera, ya que implica conocer cuáles son los comportamientos que tiene el mercado sobre el actuar de los adultos mayores, teniendo en mente que la mayoría viven solos o en alguna condición que no podrían valerse por sí solos. Tal como lo demuestra la siguiente gráfica.

Imagen 10. Porcentaje de población de 60 años o más que vive sola con afiliación a servicios de salud



Fuente: INEGI 2019

Si bien esta gráfica muestra los porcentajes de la población que cuenta con este servicio, vale la pena también considerar en la manera en que se utilizan para el tratamiento o no de la obesidad y/o las enfermedades que se derivan de esta patología, pues vale la pena recordar que puede existir un doble escenario: uso mínimo o uso excesivo, sin embargo, nos encontramos ante una población que, además de las consecuencias de la obesidad, se pueden presentar otro tipo de problemas que se suscitan por el avance de la edad.

4.4 EL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO ESTATAL DE

GUANAJUATO

En el caso del estado de Guanajuato, la evolución de la población adulta mayor se ha comportado de la siguiente manera y que vale la pena resaltar, porque de los 46 municipios que lo componen, uno de los más representativos es el caso del municipio de León.

Tabla 1. Porcentaje de población de 60 años y más en el estado de Guanajuato

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)	
Periodos	Banco de Indicadores > Población > Población > Porcentaje de población de 60 y más años () /a /b /c /d /e /f /f1 /f2 /f3 /f4 /f5 Quinquenal
1995	6.6
2000	7.2
2005	8.1
2010	8.7
2015	9.5
Fuente: Banco de indicadores, INEGI 2020.	
Notas:	
/a Corresponde a residentes habituales de viviendas particulares	
/b Excluye a la población de edad no especificada.	
/c La información es censal y está referida al 12 de junio de 2010.	
/d La información es censal y está referida al 14 de febrero del 2000.	
/e La información es censal y está referida al 17 de octubre del 2005.	
/f La información es censal y está referida al 5 de noviembre de 1995.	
Fuentes:	
/f1 INEGI Conteo de Población y Vivienda 1995.	
/f2 INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000.	

/f3 INEGI II Conteo de Población y Vivienda 2005.
/f4 INEGI Censo de Población y Vivienda 2010.
/f5 INEGI Encuesta Intercensal 2015

En el estado de Guanajuato, según el mismo Consejo, se cuenta con 23 especialistas en Geriatría, distribuidos en diferentes municipios, sin embargo, es en León donde se encuentran la mayoría de ellos con un total de 17. Por lo que es necesario analizar las políticas que procuren la salud y el bienestar de las personas adultas mayores, aunque parece ser un concepto ambiguo y trillado, puede ser un objetivo social para aquellos que han trabajado por mucho más que otras sociedades y que, según los datos, siguen trabajando aún después de haber cumplido con la edad que marca la Ley del Seguro Social del país[13] para poder contar con jubilación o pensión y otro tipo de apoyo y a pesar de las comorbilidades.

En tal sentido, es persistente observar la forma en que se comporta este sector de la sociedad bajo el contexto dado, toda vez que desde las ciencias sociales y en particular la administración pública, doten de las alternativas para obtener capacidades y oportunidades que se pretende brindar para la prevención y control de los males presentes en la sociedad.

4.4 EL ADULTO MAYOR EN EL ÁMBITO MUNICIPAL DE LEÓN

La expansión demográfica en los últimos veinte años para la población que ingresa a la vejez en León se ha incrementado y se prevé siga incrementándose, las estadísticas muestran que, en el estado de Guanajuato, la esperanza de vida para la población, en el caso de los hombres es de 73.4 y para las mujeres es de 78. El comportamiento demográfico ha sido de la siguiente

[13] La Ley del Seguro Social, en su artículo 154 señala que la cesantía ocurre cuando el asegurado no cuenta con trabajo remunerado a partir de los sesenta años.

manera;

Tabla 2. Evolución de la población adulta mayor en León, Guanajuato.

CANTINDAD DE ADULTOS MAYORES			
MUJERES	**2015**	**2020**	**2030**
	62914	75691	107504

HOMBRES	**2015**	**2020**	**2030**
	51841	62087	86282
TOTAL	**2015**	**2020**	**2030**
	114,755	137,778	193.786

Fuente: elaboración propia con base en el banco de indicadores INEGI y Proyecciones de la Población de México1990-2030, CONAPO

En el caso de la población la dinámica demográfica de adultos mayores en hombres y mujeres para el municipio de León durante el período 2000 al 2030, los datos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3. Dinámica de crecimiento de población adulta mayor en León, Guanajuato 2000-2030

AÑO	MUJERES (%)	HOMBRES (%)	TOTAL (%)
2000	6.0	5.3	5.7
2005	6.7	6.0	6.4
2010	7.5	6.6	7.0

2015	4.1	3.5	7.5
2020	5.4	4.5	8.72
2030	5.54	4.45	12.27

Fuente: elaboración propia con base en el banco de indicadores INEGI y Proyecciones de la Población de México1990-2030, CONAPO

En la información recopilada, es evidente la tendencia que se vive en cualquier parte del mundo actualmente, quizás unos más avanzados que otros, pero el envejecimiento se muestra a la vuelta de la esquina y con él, diversas enfermedades, que pondrán a prueba la adaptación de las instituciones en la sociedad para dar respuesta eficiente y obtener resultados, una de las vías para ello son las políticas públicas.

Los datos anteriores también reflejan una baja en el porcentaje del año 2015 para ambos grupos y esto se convierte en un tema de análisis, debido a la presencia de factores de riesgo como la obesidad o problemas asociados con esta.

Cuadro 1. Crecimiento poblacional en el municipio de León, Guanajuato

AÑO	CANTIDAD DE HABITANTES	PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES
2000	1,134,842	5.7
2020	1,679,610	8.2
2030	1,771,347	11.53

Fuente: Elaboración propia con base en Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 2015-2030 (base 1).

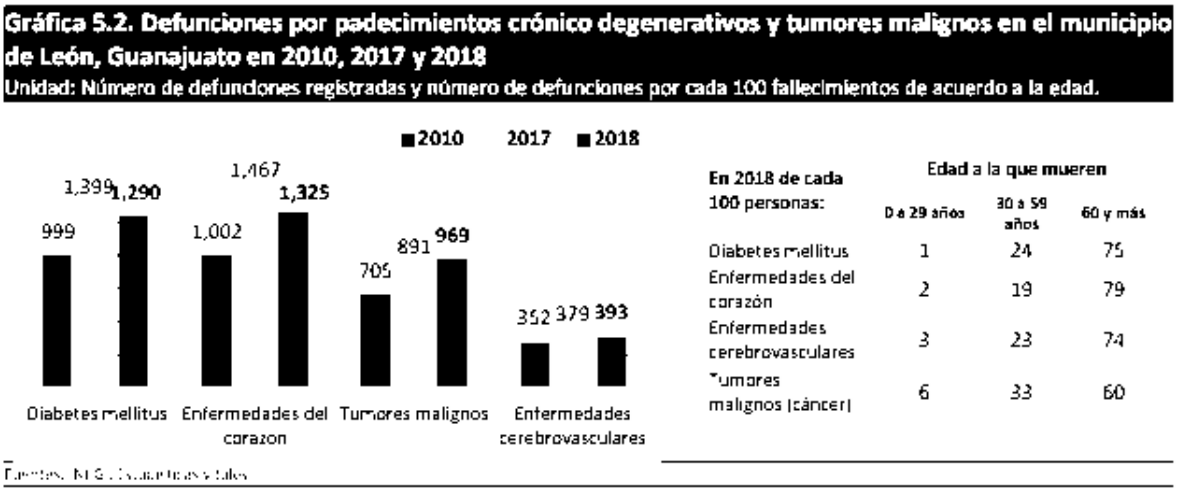
Esto significa un reto para el control y la oferta de los servicios adecuados para la población que va envejeciendo debido a las limitaciones físicas que se presentan por cuestiones naturales y por la presencia de las ENT. León es el municipio con la mayor concentración de población total en el estado de Guanajuato (26.6%) y la población en AM para el año 2015[14] se estima representa el 20 por ciento en el estado y, además, siendo la entidad en el sexto lugar a nivel nacional con la mayor población y, por ende, León uno de los municipios con la misma característica de concentración[15], es necesario analizar las políticas públicas emprendidas para la atención al sector del adulto mayor.

Los datos demuestran la urgencia por atender los problemas que aquejan a toda la población y en particular a este grupo etario, debido al aumento natural de la edad y la presencia de ENT, como la obesidad. Particularmente este grupo presenta complicaciones que influyen en las actividades cotidianas, tanto en las básicas como instrumentales que los colocan en una situación de vulnerabilidad.

Muestra de lo anterior, según el diagnóstico del municipio de León 2019, una de las principales causas de muerte en la población es justamente el envejecimiento de la población, dicha población tiene como factor de riesgo la diabetes mellitus, durante el año 2018 las muertes registradas en el municipio del grupo etario de 60 y más años fue de 75 por cada 100 personas y 79 por cada 100 por enfermedades del corazón, la evolución de las causas se observa en el siguiente gráfico.

[14] Proyecciones de la Población de México1990-2030, CONAPO
[15] Encuesta Intercensal 2015, INEGI

Gráfica 11. Defunciones en el municipio de León Guanajuato. 2010, 2017 y 2018



Fuente: Diagnóstico Municipal de León 2019. IMPLAN.

En caso del municipio de León, Guanajuato, según reporta el Instituto Municipal de León (IMPLAN), a través del sistema de indicadores para el desarrollo del municipio de León, se menciona que la cantidad de adultos mayores y personas con discapacidad que fueron atendidos por programas de activación física durante el año 2018 fue de 16,578 personas. Esto pone de manifiesto un significativo problema, pues mientras la población con discapacidad (motriz, visual, auditiva, de lenguaje, de aprendizaje) ascendía a un total de 48,642 personas en el 2010, según el mismo sistema de indicadores. Algunos de los factores que no es mencionados en este sistema de indicadores son aquellos referentes a el tipo de ejercicio (no es lo mismo el ejercicio a una edad de 15 años a una de 60 años), la cantidad de minutos de activación, el tipo de alimentación que siguen las personas y estatus social al que pertenecen, porque todo esto nos mostrará la forma en que se comportan los sectores de la población en el cuidado de la salud y la atención a la alimentación para evitar la aparición de otro tipo de problemas.

Las cifras del crecimiento de la población adulta mayor, para el mismo año era de aproximadamente 100,553 personas, por lo que el avance en la atención a este sector de la población necesita ser mucho más integral, porque de otra forma, los problemas derivados por la presencia de enfermedades como la obesidad seguirán en aumento y, por ende, las discapacidades y las muertes.

Dada la concentración de este grupo etario en determinadas zonas, es relevante conocer cuáles son los centros geriátricos que están a su disposición, así como la lista de servicios que ofertan. En el municipio de León, el total de centros geriátricos son 4, los que tienen un funcionamiento paramunicipal, debido a que dependen de la organización que se proponga al interior del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las familias (DIF), la cual, también depende de los niveles superiores (DIF estatal y DIF federal). La localización de los centros gerontológicos es relevante debido a que la distribución de la población de adultos mayores en el municipio de León, por razones diferentes, podrían no desplazarse con facilidad y acudir a un centro para la atención de diferentes aspectos, como la alimentación y el ejercicio.

Es importante señalar que tanto los niños menores de edad como los adultos mayores representan una población de dependencia. Por lo que los centros gerontológicos, al menos los que tienen un acceso económico acorde a las necesidades de los adultos mayores, deben presentar actividades acordes a las complicaciones propias de cada grupo.

Por lo anterior, el trabajo también centra su atención sobre la importancia del desarrollo de políticas públicas para el combate a la obesidad en Adultos Mayores, porque, según el Diagnóstico realizado por el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) en 2019, son

pocas las intervenciones elaboradas y enfocadas a este sector de la población que en ocasiones y debido al avance en la edad y la presencia de Enfermedades no Transmisibles (ENT) (como la obesidad) se requiere la existencia de intervenciones específicas en Cuidados de Largo Plazo (CLP), ya sea de manera institucional o en el hogar, ambos con dificultades para el desarrollo (financieras, estructurales, sociales, de formación, entre otras). Este tipo de intervenciones se pueden concebir con un esquema del segundo nivel de atención a la salud y el mismo nivel para la complejidad, a través de un enfoque de gobernanza en las políticas públicas.

Este tipo de intervenciones requieren, según el mismo CONEVAL, una combinación a nivel institucional de servicios de salud y servicios de asistencia social, pues la literatura así lo sugiere, además que demuestra mejores resultados estos cuidados incluso se pueden configurar de una manera mixta, entre lo formal y lo informal, entre cuidados institucionales y sociales. No obstante, el mismo organismo menciona que:

> En primera instancia, uno de los desafíos primordiales es lograr el diseño de una política que pueda adaptarse al desarrollo de las exigencias financieras conforme avance el tiempo, y a la evolución y el crecimiento mismo de la población a la cual se destinan los CLP. (2019 p. 10)

Derivado de lo anterior, en el caso del municipio de León, se carece del diseño y la implementación de este tipo de instrumentos, pues en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Municipales de Desarrollo Social, desde el año 2012 al año 2017, del total de registros (51 en el período mencionado), ninguno cumple con las especificaciones propias para el inventario. En la siguiente tabla se muestran los programas ejecutados durante el período mencionado.

Cuadro 2. Políticas públicas de índole social en el municipio de León, Guanajuato

LEÓN, GUANAJUATO		
PERÍODO	**PROGRAMAS SOCIALES DESARROLLADAS PARA LA ASISTENCIA SOCIAL**	**PROGRAMAS SOCIALES PARA ATENCIÓN DEL SOPREPESO Y OBESIDAD**
2012-2013	12	1
2014-2015	0	0
2015-2016	39	10
2017	0	0

Cuadro 3. Políticas públicas de índole social en el municipio de León, Guanajuato

NÚMERO DE POLÍTICAS PÚBLICAS O PROGRAMAS SOCIALES ENFOCADOS A LA ATENCIÓN DE LA OBESIDAD		
PERÍODO	**NÚMERO DE PROGRAMAS SOCIALES POR PERÍODO PARA ATENDER EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD**	**NOMBRE DE LOS PROGRAMAS SOCIALES**
2012-2013	1	Programa integral de nutrición a las familias
2014-2015	0	0
2015-2016	10	- Programa "Estilos de vida saludable"; - Programa de detección oportuna de enfermedades; - Programa de atención a las adicciones y salud mental; - Programa de salud comunitaria; - Programa de alimentación por una comunidad saludable; - Programa "Auxiliares de salud"; - Programa "Casas Rurales de Salud"; - Programa de deporte y activación física;

		- Programa de implementación de Circuitos de Servicios Integrales en el ámbito rural; - Programa "Estilos de vida saludable en adolescentes"
2017	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Municipales de Desarrollo Social

Aunque existan un número significativo de programas para la asistencia social, vale la pena resaltar que ninguno de ellos ha tenido un impacto demostrativo, pues según lo reportado por el municipio de León, Guanajuato a través de Plataforma Nacional de Transparencia, no se cuenta con el registro del apoyo otorgado a las personas, es decir, no hay padrones de beneficiarios o algún registro fiable que permita el seguimiento a los habitantes para conocer si existe o no una mejora en la situación previa a la ejecución del programa.

Otro factor que dificulta el seguimiento es que ninguno de los programas expuestos evidencia el tratamiento a los adultos mayores como población objetivo. Lo anterior es comprobable a través de la solicitud hecha con el folio número 01693320 realizada al municipio de León (adjunta como ANEXO 1) y en una posterior solicitud de información realizada a la Unidad de Acceso a la Información Pública del Poder Ejecutivo, con folio número 01741220 (adjunta como ANEXO 2), se menciona que evidentemente no se cuenta con un padrón de beneficiarios con un listado nominal, no obstante, lo que vale la pena rescatar de este punto es el rastreo del programa “Entornos y Comunidades Saludables” de la Dirección General de Servicios de Salud.

Lo expuesto no es objeto de sorprender, porque existieron programas que fueron atendidos

por una sola dirección general (la de salud mayormente) lo que también evidencia un problema de comunicación al interior de la administración pública local y la sociedad en general y con esto, una posible aparición de duplicidad de funciones porque además de la atención a la población leonesa, los servicios se tienen que compartir con otros municipios e incluso de otros estados, lo que significa una carga considerable sobre el sistema de salud. En este mismo aspecto, el registro en el programa de Gobierno 2018-2021 se mencionan dos programas de salud los cuales siguen siendo operados de manera individual y gubernamental y no en coordinación con los sectores de la población.

Además de la carencia de las intervenciones específicas para la atención a adultos mayores, la disposición de médicos y enfermeros parece ser otro obstáculo para la atención en las enfermedades derivadas de la obesidad, según el Diagnóstico de León 2019, que en 2017: "se registraron 3 mil 579 médicos en contacto con el paciente, equivalente a 2.3 médicos por cada mil habitantes. El personal de enfermería en contacto con el paciente fue de 5 mil 208, equivalente a 3.4 enfermera(o) s por cada mil habitantes" (2019 p. 56), tales cifras no son graves en el entendido de que en el país se cuenta con 2.1 médicos y 2.9 enfermeros por cada 1000 habitantes, sin embargo, el personal en ocasiones puede tener diversas cargas laborales, entre trabajo remunerado y no remunerado.

Para el desarrollo de las políticas públicas, se puede concebir con un esquema del segundo nivel de atención[16] a la salud y el mismo nivel para la complejidad[17], a través de un enfoque

[16] Según Vignolo (2011): En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

[17] Según Vignolo (2011): En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.

de gobernanza en las políticas públicas, este postulado es derivado de la cantidad de unidades médicas que tiene el municipio y las herramientas que la administración tiene a su disposición, como la gobernanza, en la tabla 3 se muestra el total de unidades médicas:

Tabla 4. Infraestructura de salud pública. León, Guanajuato 2017

Cuadro 5.1. Unidades médicas públicas y privadas en el municipio de León, Guanajuato en 2019.
Unidad: Número de unidades médicas.

Institución		Número de clínicas y hospitales
Instituto Mexicano de Seguridad Social	IMSS	9
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE	2
Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato: Jurisdicción Sanitaria VII[/1]	JSVII	74
Centro de Integración Juvenil	CIJ	1
Cruz Roja Mexicana	CRM	2
Clínicas y hospitales particulares[/2]	Privado	33

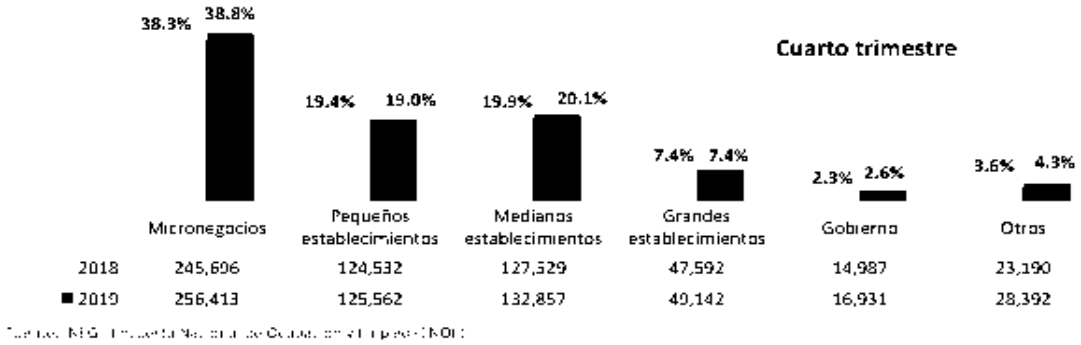
[/1] Incluye al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y excluye el Banco de Sangre y el Laboratorio estatales ubicados en León.
[/2] Datos correspondientes al año 2018 de INEGI. Salud en establecimientos particulares.
Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información de Salud (SECTORIAL (SINAIS) 2012-2017.

Fuente: Diagnóstico del Municipio de León, 2019. IMPLAN

Según el mismo Diagnóstico, se menciona que en el cuarto trimestre de 2019 la población ocupada en condiciones de informalidad ascendía a 304, 501 y la población desocupada era de 28, 348, lo que puede indicar que las personas pueden dirigir el tiempo al cuidado de adultos mayores y que estos también pueden estar inmersos en la desocupación o en la ocupación, formal o informal, lo cual añade un grado de complejidad a la atención del sector mencionado.

En el municipio de León, la fuente de ingresos es principalmente de la implantación de micronegocios, como se puede ver en el siguiente gráfico y que esto representa un peligro de ingresos para la atención a los adultos mayores.

Gráfica 12. Población ocupada de acuerdo con el tamaño del establecimiento, León, Guanajuato 2018 y 2019

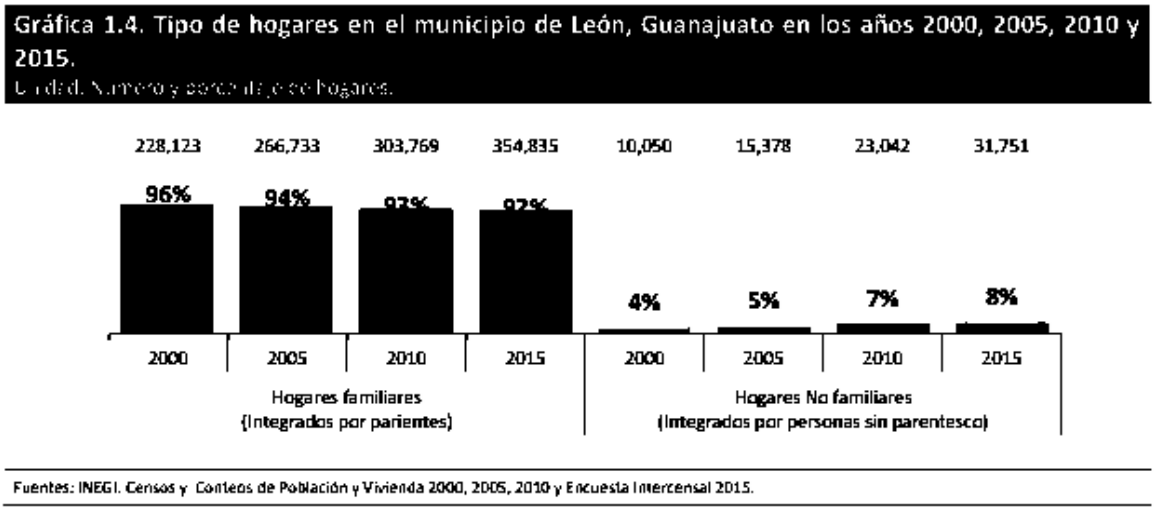


Fuente: Diagnóstico del Municipio de León, 2019. IMPLAN

La gráfica anterior es relevante porque, como se ha observado, un factor que incide de manera indirecta al mantenimiento de la obesidad son los ingresos que pueden tener las personas, en nuestro caso de análisis, un adulto mayor puede contar con una pensión o un ingreso similar a este (toda vez que haya tenido la oportunidad de acceder a este) y con ese ingreso, lograr una alimentación adecuada para combatir las posibles enfermedades que se van gestando a lo largo de la vida, de manera particular, la obesidad.

La composición de los hogares a nivel municipal en la siguiente gráfica es importante analizar, porque, los datos también recopilados por parte del CONEVAL muestran que la mayoría de los adultos mayores prefieren el cuidado de los familiares en las necesidades que se pueden presentar, la alimentación, la actividad física, el monitoreo de enfermedades, son algunas de las atenciones que mayormente deben analizarse.

Gráfica 13. Tipos de Hogares, León, Guanajuato. 2000, 2005, 2010 Y 2015



Fuente: Diagnóstico del Municipio de León, 2019. IMPLAN

Como se puede ver, estos cambios en la composición de los hogares pueden comprometer el cuidado de las enfermedades, entre ellas la obesidad, no influyen de manera significativa, no obstante, pueden verse comprometidas las estrategias para el cuidado de los adultos mayores y de otras personas que se pueden colocar en situación vulnerable.

5. CONCLUSIONES

El presente trabajo de tesis es un primer acercamiento en el análisis exploratorio en las políticas públicas existentes que describen el abordaje y posibles indicaciones terapéuticas en el tratamiento de obesidad en adultos mayores en el Municipio de León Guanajuato, durante el periodo 2012-2020. Es importante mencionar que este tema está poco explorado, muestra de esto es que durante la revisión documental encontramos la existencia de 06 trabajos en el acervo y repositorio de tesis de la UNAM[18]. En estos casos las tesis localizadas se desarrollan desde un punto de vista clínico. Otro elemento para destacar es la poca información al respecto, es decir, publicaciones, informes bases de datos oficiales u otros documentos que aportaran una idea de la situación y el estado de la cuestión. Ante esta problemática se decidió utilizar datos y documentos aceptados por la comunidad científica que trabaja temas de salud, tal es el caso de la ENSANUT. De hecho, la búsqueda, sistematización y elección por criterios, aunado a la ausencia de la información reflejan en esta investigación un esfuerzo y originalidad, que sin duda alguna puede promover a la discusión, deliberación en varias áreas de conocimiento de tipo transversal. Por eso las investigaciones para entender la obesidad son transdiciplinarias por la multicausalidad del problema. En otras palabras, las causas no son solo genéticas, alimenticias o económicas, también son sociales, geográficas, psicológicas, etc. En todos los casos existen varios comunicantes, por ejemplo, el alto índice de diabéticos en una comunidad se puede explicar por el alto consumo de bebidas azucaradas, comida procesada y la poca disponibilidad de agua potable, entre otros factores. Este ejemplo nos demuestra la complejidad del tema y como la colaboración entre áreas de conocimiento es importante, pues hacer lo contrario e

[18] Véase imagen en el anexo 3.

imponer una visión sería un error.

Por lo antes mencionado considero que todo aquel interesado en el tema debe tomar los diferentes elementos que atañen a la obesidad. En nuestro caso observamos en esta investigación diversos factores de riesgo en el adulto mayor. Por ejemplo, los alimenticios, y de ingresos por nombras algunos. Otro factor para todo aquel interesado es la poca experiencia e información, muestra de esto es el escaso número de geriatras en la región y el bajo número de programas con indicadores.

Debido a la experiencia en la preparación de esta tesis elabore las siguientes recomendaciones en materia programas y/o políticas públicas con base a lo observado: diagnóstico y actualización de datos en materia de salud del adulto mayor en el municipio. Segundo tener presente que los servicios que necesitan estas personas no pueden ofrecerse de manera general, es decir, no todos pueden desarrollar actividades de movimientos o de traslado que requieran un mayor esfuerzo. Tercero, programa de nutrición donde exista un acompañamiento.

Por último, los análisis encontrados en su mayoría son tratados desde áreas de la salud, como se mencionó, por lo que con el presente trabajo considero que abre una oportunidad de explorar situaciones y temas que han estado segregados, para muestra la información que se obtuvo de parte de instancias gubernamentales, en las que pareciera que sólo por un período existió la importancia de atender a las personas, aunque no directamente, lo cual también nos deja ver cómo son temas de poca relevancia para los tomadores de decisiones, a pesar de haber vivido una pandemia, que evidenció aún más la vulnerabilidad en la que un adulto

mayor puede encontrarse.

REFERENCIAS

Aguirre, P. (2004) *SEGURIDAD ALIMENTARIA*. Una visión desde la antropología alimentaria. En Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido. Pp. 1-28. Córdoba, Argentina: Fundación CLACYD: Programa de Apoyo a la Educación Inicial: Fundación LACMAT. https://www.suteba.org.ar/download/trabajo-de-investigacin-sobre-seguridad-alimentaria-13648.pdf

Albán, M. (2021). Obesidad & Sobrepeso - Dr. Marco Albán. Dr. Marco Albán. https://drmarcoalban.cl/obesidad-y-sobrepeso/

Cámara de Diputados (2019) *Ley del Seguro Social*. Recuperado el 18 de abril de 2020, de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_del_Seguro_Social.pdf

Campillo Álvarez, J. E. (2019) *El mono obeso*. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: obesidad, diabetes, hipertensión, dislipemia y aterosclerosis. Ciudad de México: Ediciones Culturales Paidós.

Caldera Ortega, A. R. (2012) *De la Administración Pública a las Políticas Públicas. Ensayos desde la Ciencias Política*. Porrúa

Capítulo 1. El Adulto Mayor. (S. f.). [Libro electrónico]. *En Capítulo 1*. El Adulto Mayor (pp. 1-23). Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y Lineamientos de Política*. Chile: Naciones Unidas. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/38879-necesidades-cuidado-personas-mayores-la-ciudad-mexico-diagnostico-lineamientos

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019) *¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?* Ciudad de México: México, CONEVAL.

Consejo Mexicano de Geriatría, A. C. (2019). *Listado de Doctores Certificados*. http://consejomexicanodegeriatria.org/listado-medicos/

Consejo Nacional de Población. (2016). *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*. Obtenido de Datos Abiertos: https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050

Elnitski, L. (s. f.). *Epigenética* | NHGRI. Genome.gov. Recuperado 18 de enero de 2021, de https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Epigenetica#:%7E:text=La%20epigen%C3%A9tica%20es%20el%20estudio,t%C3%A9rmino%20epi%20significa%20por%20encima.

Feito, L. (2007). *Vulnerabilidad*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002

Instituto Mexicano para la Competitividad. (2015). *Kilos de más pesos de menos*. México: IMCO. Recuperado el 18 de abril de 2020, de: https://imco.org.mx/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2022.* Nueva serie. https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/

_____ (2020). *Banco de Indicadores*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/

_____ (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).* Recuperado el 18 de abril de 2020, de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf

_____ (2015a). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado el 18 de abril de 2020, de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf

_____ (2015b). *Cuéntame INEGI*. Información por entidad. Dinámica. Esperanza de vida: http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/gto/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=11

Instituto Municipal de Planeación (2018). S*istema de Indicadores para el Desarrollo del Municipio de León*. Sistema de Indicadores. Sistema Municipal de Planeación. IMPLAN. Recuperado de: https://www.implan.gob.mx/sistema-planeacion/sistema-de-indicadores.html

Klein, A. (2015) *Del anciano al adulto mayor*. Procesos psicosociales, de la salud mental, familiares y generacionales. México: Plaza y Valdés. Universidad de Guanajuato.

López, R. (2020). *En México hay 2.1 médicos y 2.9 enfermeros por cada mil habitantes*. (Milenio, Ed.) pág. 1. Obtenido de https://www.milenio.com/politica/mexico-2-1-medicos-2-9-enfermeros-mil-habitantes

Martínez Narváez, G. (2013). *Un sistema en busca de salud*. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano. México: Fondo de Cultura Económica.

Martínez Pérez, Teresita, González Aragón, Caridad, Castellón León, Gisela, & González Aguiar, Belkis. (2018). *El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o*

dificultad? Revista Finlay, 8(1), 59-65. Recuperado en 18 de abril de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&tlng=es

Mesa-Cornejo, Viviana Matilde; Barros-Núñez, Patricio y Medina-Lozano, Claudina. (2006). *Metilación del ADN: marcador diagnóstico y pronóstico de cáncer*. Gac. Méd. Méx [online]. 2006, vol.142, n.1, pp.81-82. ISSN 0016-3813.

Méndez Martínez, J. L. (2020). *El contexto regional y mundial, o de cómo el enfoque de políticas puede ser una respuesta efectiva a la complejidad político-social de América Latina*. En Políticas públicas. Enfoque estratégico para América Latina (1.a ed., pp. 9–74). Fondo de Cultura Económica.

Naciones Unidas. (2020). *Envejecimiento y ciclo de vida* https://www.who.int/ageing/about/facts/es/

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

_____ (2020b) *Enfermedades cardiovasculares*. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Portada*. Asuntos que nos importan. Envejecimiento. Envejecimiento. Disponible en: https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2020). *Presentación del estudio: "La Pesada Carga de la Obesidad: La Economía de la Prevención" [Presentación de estudio]*. Ciudad de México, México. Disponible en : https://www.oecd.org/about/secretary-general/heavy-burden-of-obesity-mexico-january-2020-es.html

_____ (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Publishing. Doi : 10.1787/67450d67-en. Disponible en : https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/2c4847ef-es.pdf?expires=1596574157&id=id&accname=guest&checksum=C52B38F9B46EDD40F9376991C1A4D21D

Peña García-Orea, G, Heredia Elvar Juan Ramón, Isidro Donate Felipe, Moral Susana, Mata Fernando y Segarra Núñez Víctor. (2013) *Sarcopenia, Obesidad Sarcopénica y Papel del Ejercicio Físico*. PubliCE, 0, 1-8. Obtenido de https://publice.info/articulo/sarcopenia-obesidad-sarcopenica-y-papel-del-ejercicio-fisico-1481-sa-k57cfb2721c162

QUINTANAR GUZMÁN, A. (2010). ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE TETEPANGO, HIDALGO: A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF [TESIS DE LICENCIATURA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO]. https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

Quinn Terence J, Mooijaart Simon P, Gallacher Katie, Burton Jennifer K. *Acute care assessment of older adults living with frailty* BMJ 2019; 364: l13. Recuperado de: https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93821

Rojo Pérez N, García González, R. (2000). *Sociología y salud. Reflexiones para la acción*. Rev Cubana Salud Pública [ìnternet]. 2000 jul.-dic. [citado 12 jun. 2012];26(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Romero, J. J. (2010). *Obesidad ¿qué hacer? Políticas al vapor, problema de peso*. México: Imprime soluciones.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Recuperado de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Sin Embargo MX. (2019). *México tiene 13 millones de adultos y sólo 537 geriatras; especialista da recomendaciones*. Sin Embargo MX. Disponible en: https://www.sinembargo.mx/13-03-2019/3549740

Sistema DIF Municipal. (2015). Mor*bilidad y Mortalidad de Adultos Mayores en León, Gto*. León: DIF. Recuperado de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/BOLETIN%204.pdf

Temporelli, K., & Mussini, M. (2012). *Obesidad, sobrepeso y fallas de mercado*. PERSPECTIVAS, 6–1, 87-111. http://publicaciones.eco.uaslp.mx/Volumen9.htm

Mussini, M., & Temporelli, K. L. (2013). *Obesidad: un desafío para las políticas públicas*. Estudios Sociales, 21(41), 165-184. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100007

Vignolo, Julio; VACAREZZA, Mariela; ALVAREZ, Cecilia y SOSA, Alicia. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Arch. Med Int [online]. 2011, vol.33, n.1 [citado 2020-06-22], pp.7-11. ISSN 0250-3816.

Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&nrm=iso

World Health Organization. (2015). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/ageing/about/facts/es/

ANEXO 1

Secretaría de Salud

Guanajuato, Gto., 27 de agosto de 2020

CAJ/UAI/4781/2020

Asunto: proyecto de respuesta
a solicitud 43671

Lic. J. Jesús Soria Narváez
Titular de la Unidad de Transparencia y
Archivos del Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato
San Sebastián 78
Zona Centro, C.P. 36000
Guanajuato, Gto.

En atención a la solicitud de acceso a la información con número de folio 43671 que a la letra señala: "Solicito por favor me indiquen cuál fue el impacto generado por los programas -Programa Estilos de vida saludable -Programa integral de nutrición a las familias -Programa de detección oportuna de enfermedades -Programa de alimentación por una comunidad saludable -Programa Auxiliares de salud -Programa Casas Rurales de Salud -Programa de deporte y activación física -Programa de implementación de Circuitos de Servicios Integrales en el ámbito rural -Programa Estilos de vida saludable en adolescentes Es decir, si existe un padrón de beneficiarios de los programas o una bitácora de las acciones implementadas y que significaron un beneficio para la población (objetivo, potencial y beneficiada). Así como el pronóstico financiero y el efectuado al final de implementación de los programas.".

La unidad responsable, señala que considerando que los sujetos obligados proporcionan la información con que cuentan, conforme a sus archivos, sin necesidad de **elaborar documentos *ad hoc*** para atender las solicitudes de información, indican que no es posible entregarla en los términos peticionados, sirve como apoyo de lo anterior lo establecido en el criterio **03-17**, Segunda Época, emitido por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, **No existe obligación de elaborar documentos ad hoc para atender las solicitudes de acceso a la información** mismo que establece: *" ...los sujetos obligados deberán otorgar acceso a los documentos que se encuentren en sus archivos o que estén obligados a documentar, de acuerdo con sus facultades, competencias o funciones, conforme a las características físicas de la información o del lugar donde se encuentre. Por lo anterior, los sujetos obligados deben garantizar el derecho de acceso a la información del particular, proporcionando la información con la que cuentan en el formato en que la misma obre en sus archivos; sin necesidad de elaborar documentos ad hoc para atender las solicitudes de información.".*

Precisado lo anterior la Dirección General de Servicios de Salud informa que, no se llevan individualmente los programas enumerados en la solicitud, sin embargo en el programa de "Entornos y Comunidades Saludables", cuyo objetivo es fortalecer el desarrollo de las comunidades y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes a través de constituirse como un "proceso social" que abarca, no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Tiene como una de sus actividades fundamentales la certificación de localidades como promotoras de la salud, en donde la suma de los esfuerzos de sus integrantes, transforman positivamente los determinantes de la salud, creando así ambientes favorables.

Así mismo, como parte de las acciones que se llevan a cabo para la certificación de la localidad, se encuentra la formación y capacitación de agentes y procuradoras de la salud las cuales son personas voluntarias, capacitadas y convencidas de trabajar en su comunidad cuya función es capacitarse para "procurar su salud, la de su familia y la de su comunidad", por medio de 10 talleres con temas prioritarios:

No.	Tema	Taller
1	Programa de Entornos y Comunidades Saludables	Identificando mi comunidad para hacerla saludable
2	Género y Salud	Adivina quién en el género y la salud
3	Introducción a los determinantes de la salud	¿Quién determina nuestra salud?
4	Psicosocial	Maratón de valores y habilidades para la vida

5	Acceso a los Servicios de Salud	La carrera de la vida
6	Alimentación	Falso o verdadero con el Plato del Bien Comer
7	Actividad Física	Aprendiendo y Haciendo
8	Higiene	Misión especial para un detective de la salud
9	Sexualidad	La oca de la sexualidad
10	Medio Ambiente	Haciendo memoria para cuidar la salud

Como consecuencia, se forman una red comunitaria que promueve la salud de las familias en sus propias comunidades.

El padrón de beneficiarios con los que se cuenta, son la totalidad de los habitantes de las localidades certificadas por año; por lo que, no se cuenta con una relación de datos nominal, siendo en el presente año 35,961 la población beneficiada con dichas actividades.

El recurso con el que se cuenta para llevar a cabo la certificación de la localidad y las acciones que se desprenden de este objetivo se ejecutan con Ramo 12 (recurso federal) con una cantidad de $803,387.00 para ejecutar en el año 2020, así como una cantidad de $960,097.55 con Ramo 33 (recurso estatal).

Se suscribe el presente con fundamento en el artículo 27 fracción VIII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información para el Estado de Guanajuato, artículos 5 fracción XVIII y 34 del Reglamento de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Poder Ejecutivo de Estado de Guanajuato, y el artículo 14 fracción VI del Reglamento Interior del ISAPEG.

Aprovecho la ocasión para enviarle un saludo, quedo a sus órdenes para efectuar cualquier aclaración al respecto.

Atentamente

Lic. Luis Manuel Soto Navarro
Coordinador de Asuntos Jurídicos

C.c.p.
-Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez. Secretario de Salud y Director General del ISAPEG. Para su conocimiento.
-Lic. Mario Alejandro de Alba de la Tejera. Coordinador de Comunicación Social del ISAPEG. Para su conocimiento.
-Dr. Francisco Javier Magos Vázquez. Director General de Servicios de Salud. Para su conocimiento.
-Archivo ISAPEG
-Minutario CAJ
-Minutario área
AEGC/MFN/JAME/IGCA/JACR

ANEXO 2

León
cada vez mejor
GOBIERNO MUNICIPAL

OFICIO: UT/1650/2020
ASUNTO: Se da Respuesta

SOLICITUD DE INFORMACIÓN FOLIO SSI-2020-1297
FOLIO PLATAFORMA NACIONAL: 01693320
SOLICITANTE: JUAN MARTÍN GRANADOS ALCANTAR.

Por medio del presente, en atención a su solicitud de información, registrada con número de folio ya referido en la parte superior izquierda, derivado del procedimiento de búsqueda, con la Unidad Administrativa involucrada, a la Dirección General de Desarrollo Rural y a la Dirección General de Salud Municipal, en ejercicio de las atribuciones que me confiere el artículo 47 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato, atendiendo a la modalidad señalada por usted para recibir dicha información y con fundamento en lo que establecen los artículos 1°, 21, 48 fracciones I, II, III, IV, V, VI de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato;

El *área primigenia de la información refiere en relación al objeto jurídico peticionado:*

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO RURAL:

En la Dirección General de Desarrollo Rural no contamos con información.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MUNICIPAL:

Acorde a la solicitud que nos ocupa es importante resaltar que esta Dirección únicamente lleva a cabo el Programa de Detección de Enfermedades así como el Programa de Auxiliares de Salud; informando del 2018 al periodo que nos ocupa lo siguiente:

Programa de Auxiliares de Salud

Impacto Generado: capacitación de 16 auxiliares de salud, en las comunidades rurales de:

- Puerta de San German
- San Juan de Abajo
- Las Hilamas
- San Isidro de las Colonias
- Medina
- San Pedro del Norte

Se aportan conocimientos médicos para desarrollar sus actividades en las comunidades donde son reconocidas por los pobladores como el primer contacto de atención médico y de ser necesario se realiza la canalización de los pacientes a la unidad médica de atención que corresponda

Unidad de
Transparencia Municipal

Plaza Principal S/N Zona Centro
C.P. 37000 León, Gto.
Tel. (477) 788 0000 Ext. 1840
www.leon.gob.mx

Página **1** de **2**

H. Ayuntamiento de León 2018 - 2021

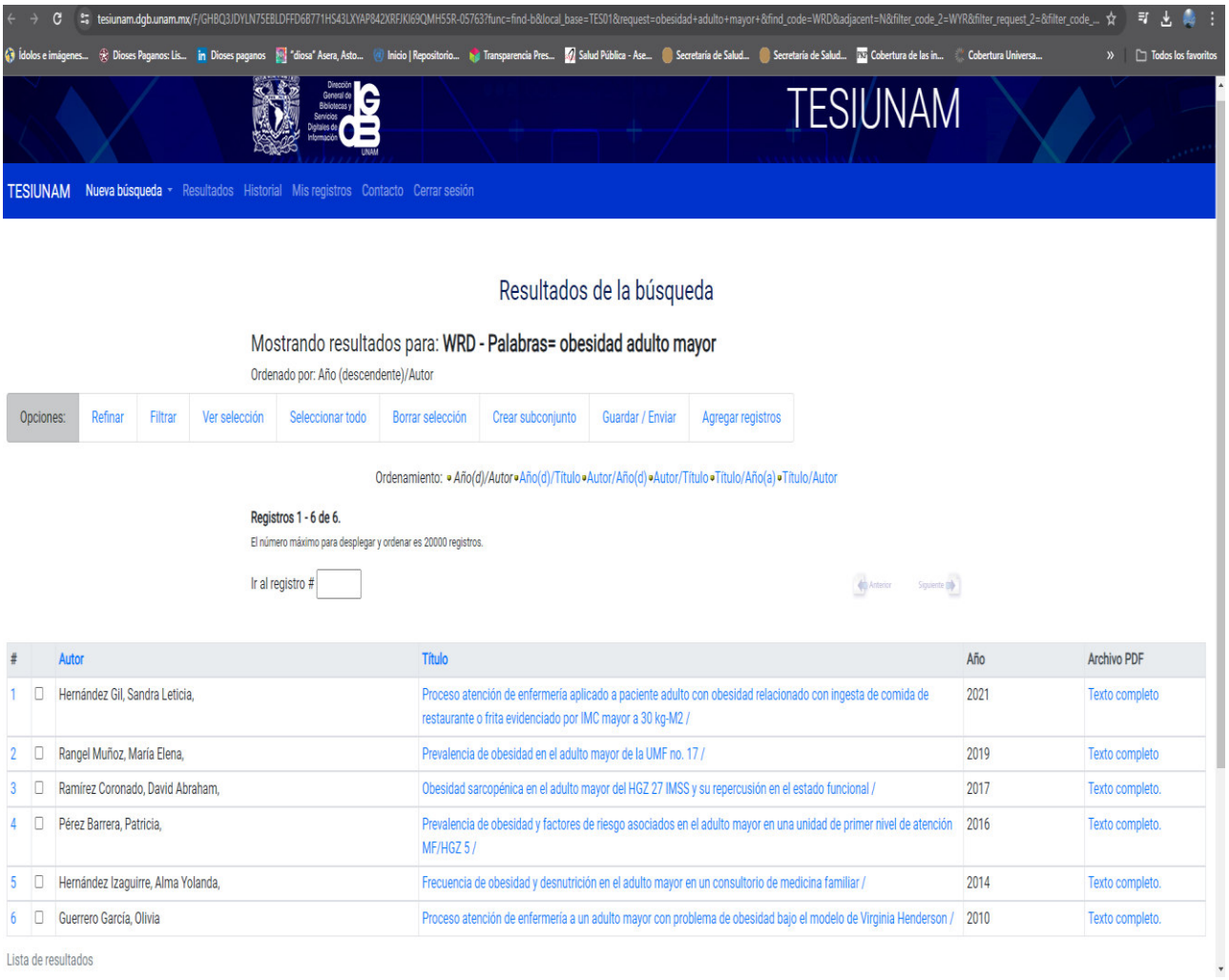
ESTUDIOS REALIZADOS			
AÑO	MASTOGRAFIAS	ULTRASONIDOS	ANTIGENO PROSTATICO
2018	1732	980	287
PACIENTES POSITIVAS	17 PACIENTES POSITIVAS CA. MAMA		
2019	874	495	473
PACIENTES POSITIVAS	39 PACIENTES POSITIVAS CA. MAMA		
2020	219	83	15
PACIENTES POSITIVAS	6 PACIENTES POSITIVAS CA. MAMA		

	MASTOGRAFIAS	ULTRASONIDOS	ANTIGENO PROSTATICO
TOTAL, DE LOS TRES AÑOS:	2825	1558	775
PACIENTES POSITIVAS:	62 PACIENTES POSITIVAS CA. MAMA		

Se le informa que puede impugnar la presente respuesta ante el Instituto de Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato y/o Unidad de Transparencia, mediante el Recurso de Revisión previsto en el artículo 142 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato, dentro de los siguientes quince días hábiles a la notificación de la presente.

A T E N T A M E N T E.
León, Guanajuato a 19 de Agosto del año 2020.
"El Trabajo Todo lo Vence"
"2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria".
Licenciada Cecilia Castellanos Pedraza
Titular de la Unidad de Transparencia del Municipio de León, Guanajuato.

ANEXO 3



tesiunam.dgb.unam.mx/F/GHBQ3JDYLN75EBLDFFD6B771HS43LXYAP842XRFJKI69QMH55R-05763?func=find-b&local_base=TES01&request=obesidad+adulto+mayor+&find_code=WRD&adjacent=N&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_...

Ídolos e imágenes... Dioses Paganos: Lis... Dioses paganos "diosa" Asera, Asto... Inicio | Repositorio... Transparencia Pres... Salud Pública - Ase... Secretaría de Salud... Secretaría de Salud... Cobertura de las in... Cobertura Universa... Todos los favoritos

Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información DGB UNAM

TESIUNAM

TESIUNAM Nueva búsqueda Resultados Historial Mis registros Contacto Cerrar sesión

Resultados de la búsqueda

Mostrando resultados para: **WRD - Palabras= obesidad adulto mayor**

Ordenado por: Año (descendente)/Autor

Opciones: Refinar Filtrar Ver selección Seleccionar todo Borrar selección Crear subconjunto Guardar / Enviar Agregar registros

Ordenamiento: *Año(d)/Autor* Año(d)/Título Autor/Año(d) Autor/Título Título/Año(a) Título/Autor

Registros 1 - 6 de 6.

El número máximo para desplegar y ordenar es 20000 registros.

Ir al registro #

Anterior Siguiente

#		Autor	Título	Año	Archivo PDF
1	☐	Hernández Gil, Sandra Leticia,	Proceso atención de enfermería aplicado a paciente adulto con obesidad relacionado con ingesta de comida de restaurante o frita evidenciado por IMC mayor a 30 kg-M2 /	2021	Texto completo
2	☐	Rangel Muñoz, María Elena,	Prevalencia de obesidad en el adulto mayor de la UMF no. 17 /	2019	Texto completo
3	☐	Ramírez Coronado, David Abraham,	Obesidad sarcopénica en el adulto mayor del HGZ 27 IMSS y su repercusión en el estado funcional /	2017	Texto completo.
4	☐	Pérez Barrera, Patricia,	Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en el adulto mayor en una unidad de primer nivel de atención MF/HGZ 5 /	2016	Texto completo.
5	☐	Hernández Izaguirre, Alma Yolanda,	Frecuencia de obesidad y desnutrición en el adulto mayor en un consultorio de medicina familiar /	2014	Texto completo.
6	☐	Guerrero García, Olivia	Proceso atención de enfermería a un adulto mayor con problema de obesidad bajo el modelo de Virginia Henderson /	2010	Texto completo.

Lista de resultados