

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOECONÓMICAS

TESIS

TESIS
2024

RAFAEL LUGO ALVARADO

**“Análisis crítico de la epidemia global de obesidad:
poder, políticas y entorno alimentario”**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOECONÓMICAS
DOCTORADO EN ECONOMÍA REGIONAL

TESIS

**Análisis crítico de la epidemia global de obesidad: poder,
políticas y entorno alimentario**

que presenta como requisito parcial para obtener
el grado de Doctor en Ciencias en Economía Regional

RAFAEL LUGO ALVARADO

Comité Evaluador:

Director: Dra. Alba V. Méndez Delgado (CISE)

Codirector: Dr. Francisco Martínez Gómez (CISE)

Lector: Dr. Douglas Constance (SHSU)

Lector: Dr. David Mendoza Tinoco (UAdeC)

Lector: Dra. Ceyla Antonio Anderson (UAdeC)

Saltillo, Coahuila

Agosto de 2024

Introducción	1
1. Consideraciones teóricas en torno a la obesidad	6
1.1. Obesidad en aumento: un problema de salud pública	8
1.1.1. ¿Qué es la obesidad?	8
1.1.2. Obesidad: prevalencias y tendencias	10
1.1.3. Los costos económicos de la obesidad	14
1.2. El paradigma biomédico de la obesidad	16
1.3. El entorno obesogénico	18
1.4. Transición nutricional	20
1.5. Obesidad y la dieta neoliberal	22
1.5.1. La industria alimentaria	22
1.5.2. La dieta neoliberal	25
1.5.3. Vínculos entre la globalización y obesidad	28
1.6. Los discursos sobre la obesidad	30
1.6.1. La obesidad como epidemia	30

1.6.2.	El neoliberalismo y la responsabilidad individual	32
1.6.3.	La guerra contra la obesidad	33
1.7.	Consideraciones finales	36
2.	La OMS en la era neoliberal: Una crítica a su respuesta al problema de obesidad	39
2.1.	Introducción	39
2.2.	La complejidad del término "neoliberalismo": reflexiones e interpretaciones . . .	42
2.3.	El impacto de las políticas neoliberales en la salud y la obesidad	47
2.3.1.	Obesidad: Entre el desmantelamiento de la protección social y mercanti- lización de la salud	48
2.3.2.	La comida como mercancía: la lógica económica de la obesidad	51
2.4.	La OMS en la lucha contra la obesidad	53
2.4.1.	Transformación neoliberal de la OMS: de la salud como derecho a la salud como negocio	53
2.4.2.	La OMS en la era del filantropocapitalismo	57
2.5.	La OMS y la medicalización de la obesidad	60
2.6.	Consideraciones finales	67
3.	El peso de la verdad: Análisis crítico del discurso en documentos de la OMS sobre la obesidad	70
3.1.	Consideraciones posestructuralistas de la obesidad	72
3.2.	Métodos y datos	76
3.3.	Análisis Crítico del Discurso: Principles of prevention and management of over- weight and obesity	77
3.4.	Análisis Crítico del Discurso: WHO acceleration plan to stop obesity	81
3.5.	Discusión	87
3.6.	Consideraciones finales	90

4. Entorno obesogénico y sus determinantes socioeconómicos en México	93
4.1. Globalización y entorno obesogénico en México	96
4.1.1. Variaciones regionales de la obesidad	100
4.2. ¿Cómo surgen los patrones espaciales?	101
4.2.1. Métodos	101
4.2.2. Datos y variables	104
4.3. Resultados del análisis espacial	107
4.3.1. Patrón espacial de la tasa de obesidad	107
4.3.2. Asociación espacial de la obesidad con el entorno alimentario y social . .	114
4.4. Consideraciones finales	120
Comentarios finales	122
Referencias	127

ÍNDICE DE FIGURAS

1.1. Tendencias de la obesidad en el mundo	10
1.2. Obesidad en el mundo, 2016	12
1.3. Tendencias de la obesidad en el mundo	13
1.4. Características ambientales a diversas escalas espaciales que influyen en el consumo de alimentos	19
1.5. Marco relacional entre globalización y obesidad	29
2.1. Financiamiento de la OMS por tipo de contribuyente	58
2.2. Estructura de las contribuciones voluntarias especificadas	59
4.1. I de Moran global de la variable obesidad	108
4.2. Detección de clústers de la obesidad en México	109
4.3. Detección de clústers en México (análisis univariado).	110
4.4. Detección de clústers de la obesidad en México (análisis bivariado).	112

ÍNDICE DE CUADROS

1.1. Grados de obesidad según la OMS	9
1.2. Estadísticas de obesidad en adultos (mayores de 20 años)	11
1.3. Estadísticas de obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años)	13
1.4. Impacto económico global del sobrepeso y obesidad 2020–2035	15
1.5. Principios del paradigma de salud centrado en el peso (PSCP)	34
3.1. Patrocinadores de la Obesity Action Coalition	88
4.1. Selección de variables explicativas del estudio	106
4.2. Estadísticas Descriptivas	107
4.3. Prueba de multicolinealidad	115
4.4. Resultados de los modelos de regresión	116
4.5. Comparación de modelos ordenados por AIC	116
4.6. Resultados de los efectos espaciales	117

En la sociedad global y de libre mercado del siglo XXI, la obesidad se manifiesta no solo como una epidemia médica, sino como un reflejo alarmante de las desigualdades socioeconómicas y políticas de la actualidad. Sin un reconocimiento adecuado de las causas económicas y políticas subyacentes, los esfuerzos para combatir la obesidad están destinados a fracasar. Prueba de ello es que las tasas de obesidad no han dejado de crecer desde principios de los años noventa (OMS 2021; WOF 2023). Esta tendencia subraya la insuficiencia de las respuestas actuales y la necesidad de enfoques holísticos que consideren los determinantes socioeconómicos y políticos.

En el contexto del neoliberalismo, que ha moldeado significativamente a la sociedad desde finales del siglo XX, las políticas han favorecido la libertad de las grandes empresas para operar con pocas restricciones. Este libre mercado ha permitido que las empresas produzcan y acumulen ganancias con escasa consideración por los costos sociales y problemas de salud asociados, los cuales son trasladados a la sociedad (Holt-Giménez 2018; Otero 2018; Schrecker and Bamba 2015; Sparke 2016). Los beneficiarios del neoliberalismo tienen un interés en mantener una narrativa de la obesidad que se alinee con las políticas de libre mercado, para evitar dañar sus intereses económicos. Por lo tanto, los medios de comunicación, los gobiernos y otras autoridades influenciadas por el neoliberalismo, sostienen que la obesidad se está convirtiendo rápidamente en una amenaza que debe ser enfrentada individualmente por los ciudadanos, y preferentemente por la vía del mercado (Guthman 2011; Boero 2012; Monaghan et al. 2022; Gard et al. 2021). Esta perspectiva, ampliamente difundida, refuerza la noción de responsabilidad individual sobre la colectiva y minimiza el papel de los determinantes socio-

económicos y políticos en la producción y reproducción de la obesidad.

En este panorama de poder económico y político, surgen preguntas fundamentales sobre la naturaleza y el tratamiento de la obesidad: ¿Cómo las estructuras globales y las políticas neoliberales han influido en la prevalencia y percepción de la obesidad? ¿De qué manera los discursos y políticas actuales reflejan y perpetúan ideologías neoliberales en el contexto de esta epidemia? ¿Cuál es el impacto específico de la globalización y los cambios en el entorno alimentario en la prevalencia de la obesidad, especialmente en México?

Ante estas interrogantes, el trabajo adopta un enfoque que integra lo local y lo global como elementos mutuamente constitutivos, reconociendo que los fenómenos globales se manifiestan en la vida cotidiana y afectan directamente a las personas y comunidades a nivel local (Darian-Smith and McCarty, 2017). Este enfoque holístico es esencial para comprender la obesidad no solo como una condición médica, sino como un fenómeno socioeconómico y político arraigado en el proceso dual de globalización y neoliberalización. La perspectiva global, que incluye tanto a los Estados-nación como a una variedad de actores no estatales (organizaciones internacionales y filantrópicas), y procesos transnacionales (Bonanno and Constance, 2008), permite un análisis más completo de cómo las políticas neoliberales y los cambios en los patrones de vida y alimentación a nivel mundial contribuyen a la prevalencia y percepción pública de la obesidad.

Partiendo de esta visión el trabajo se guía por los siguientes objetivos:

1. Analizar críticamente cómo las estructuras globales, especialmente las políticas neoliberales y la influencia de actores no estatales, han configurado la prevalencia y percepción de la obesidad, evidenciándolo como un fenómeno social y económico complejo.
2. Examinar la respuesta de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud a la epidemia de obesidad, evaluando cómo sus políticas y discursos reflejan y perpetúan ciertas ideologías y prácticas características de los contextos neoliberales que, a la luz de las estadísticas, carecen de resultados favorables.
3. Evaluar la influencia del entorno alimentario obesogénico ligado a la globalización y las condiciones socioeconómicas en la prevalencia de la obesidad en México, aplicando un enfoque de econometría espacial para identificar patrones y desigualdades regionales.

El trabajo se sustenta en una combinación sinérgica de los marcos teóricos estructuralista y posestructuralista, así como en la utilización de una diversidad de métodos cualitativos y cuantitativos, alineándose con el enfoque holístico y transdisciplinario característico de los estudios globales. Este enfoque enfatiza la necesidad de trascender las limitaciones impuestas por las fronteras tradicionales entre disciplinas, teorías y métodos, con el fin de lograr análisis integrales que abarquen la complejidad de problemas relacionados con la globalización neoliberal como la obesidad (Darian-Smith and McCarty, 2017).

El estructuralismo ofrece, entre otras cosas, una crítica a la economía política de la obesidad y la alimentación. Este enfoque contextualiza las decisiones dietéticas individuales, liberando a las personas de la responsabilidad exclusiva por su condición de obesidad. Al hacerlo, desplaza la atención hacia factores más amplios, especialmente aquellos vinculados al globalismo neoliberal y la configuración de un entorno alimentario dominado por multinacionales del agronegocio (Holt-Giménez 2018; Otero 2018). Desde esta perspectiva, la lucha contra la obesidad se concibe como una batalla en el ámbito de las políticas económicas que influyen en la oferta y demanda de alimentos hipercalóricos.

Por otro lado, el posestructuralismo desafía las verdades establecidas por el paradigma biomédico sobre la crisis de obesidad. Esta literatura argumenta que, aunque la narrativa de la “epidemia de obesidad” no ha conseguido reducir el número de personas diagnosticadas con obesidad, ha exacerbado el odio y la discriminación hacia ellas. Este enfoque crítico se opone a la medicalización de la obesidad que beneficia a los intereses económicos y políticos de la industria alimentaria y farmacéutica (Guthman 2011; Monaghan et al. 2022; Gard et al. 2021). Se entiende, entonces, que el discurso de la obesidad como epidemia es un recurso retórico alarmista que promueve la automotivación y el autogobierno en el cuidado personal. Sin embargo, este discurso se aleja cada vez más de las instituciones sociales del Estado y se inclina hacia la institución del mercado.

La combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, que van desde la revisión de literatura y el análisis de políticas, hasta el análisis del discurso Foucaultiano, los sistemas de información georreferenciada (SIG) y la econometría, permite una aproximación comprensiva y detallada. Esta diversidad metodológica permite abordar las diferentes dimensiones de la obesidad, desde su representación y conceptualización en el discurso público y político, hasta su distribución espacial y correlaciones socioeconómicas.

El presente trabajo se desarrolla en cuatro capítulos además de la presente introducción. Cabe destacar que cada capítulo es independiente, con su propio objetivo y metodología específica. Esta configuración permite una exploración variada de los distintos aspectos de la obesidad en un contexto global.

El primer capítulo traza un panorama de la obesidad como un fenómeno social, subrayando la interacción entre las estructuras económicas y sociales y su impacto en las dinámicas de poder relacionadas con la alimentación y la salud. Para lograr esto, se utiliza una revisión de la literatura para establecer el contexto teórico y empírico de la investigación. Esta revisión permite identificar y analizar críticamente las narrativas existentes sobre la obesidad, destacando su conformación dentro del contexto global. Este análisis muestra que factores como la globalización y la ideología neoliberal han remodelado no solo nuestros patrones alimentarios, sino también nuestra comprensión de la obesidad. El capítulo resalta que es indispensable adoptar un enfoque holístico frente a la obesidad.

El segundo capítulo se enfoca en el papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la lucha contra la obesidad en la era neoliberal. Además, examina cómo la OMS se convierte en un campo de batalla donde se enfrentan los intereses económicos de grandes empresas y gobiernos de países desarrollados vinculados con estas empresas, contra las necesidades y perspectivas sociales. El capítulo discute los efectos de las políticas neoliberales, que desde la década de 1980 han situado al mercado en el centro de la vida económica y social, reconfigurando, entre otros aspectos, a las organizaciones internacionales y su racionalidad en el diseño de políticas. Analiza la influencia del neoliberalismo en la formulación de políticas de salud y destaca la importancia de entender el papel de la OMS en la creación y mantenimiento del discurso dominante sobre la obesidad. El capítulo muestra cómo se perpetúan ideologías neoliberales que podrían reformularse para abordar eficazmente el problema de la obesidad.

El tercer capítulo utiliza un Análisis Crítico del Discurso para examinar dos documentos de la OMS sobre la obesidad, publicados con una diferencia de veinte años entre ellos. Se analiza cómo el lenguaje y el discurso empleados reflejan y reproducen relaciones de poder. Este análisis destaca las tensiones entre la responsabilidad individual y las intervenciones estructurales, y cómo estas influencias dan forma a las políticas y recomendaciones sobre la obesidad. Este enfoque muestra las formas en que las políticas neoliberales y los discursos mediáticos han influido en la comprensión pública y política de la obesidad.

Finalmente, el cuarto capítulo se centra en el caso específico de México, analizando la distribución espacial de la prevalencia de la obesidad y sus determinantes socioeconómicos. Este capítulo muestra cómo los procesos de globalización y los cambios en el entorno alimentario han contribuido a un aumento significativo de la obesidad, destacando la relación entre la economía, el entorno alimentario y la salud en diferentes regiones del país. Para este objetivo, se emplearán métodos estadísticos y Sistemas de Información Georreferenciada (SIG). Los modelos econométricos analizarán datos cuantitativos para explorar las relaciones entre la obesidad y variables socioeconómicas y del entorno alimentario, aprovechando que la información SIG proporcionarán una perspectiva única sobre las disparidades regionales y locales en la prevalencia de la obesidad en México.

Este estudio invita a ver la obesidad de forma diferente, en línea con una literatura creciente de estudios críticos sobre obesidad. Se trata de trascender a las explicaciones simples y acciones superficiales que oscurecen la búsqueda y puesta en marcha de soluciones de fondo. El trabajo aspira a extender nuestra comprensión de cómo la globalización neoliberal, un fenómeno que afecta a casi todos los aspectos de nuestras vidas, también influye en los problemas de obesidad, salud y alimentación. Más allá de eso, busca destacar cuán importante es realizar cambios profundos en nuestra sociedad para realmente hacer frente a la obesidad.

CAPÍTULO 1

CONSIDERACIONES TEÓRICAS EN TORNO A LA OBESIDAD

En el siglo XXI, la obesidad ha trascendido de ser un desafío médico para convertirse en un fenómeno social crítico. En 2016, más de 1,900 millones de individuos padecían de sobrepeso y obesidad a nivel mundial (OMS, 2021). Según proyecciones actuales, se espera que para el año 2035, la mitad de la población mundial tenga sobrepeso u obesidad (WOF, 2023). La magnitud de la obesidad y su impacto en enfermedades como la diabetes, hipertensión y ciertos cánceres, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declararla como una epidemia en el año 2000 (OMS, 2000). Sin embargo, las discusiones y políticas tradicionales se han centrado mayormente en el balance energético y en las decisiones individuales, dejando de lado el contexto más amplio.

En los últimos 15 años, la creciente preocupación por la obesidad ha evolucionado notablemente, incentivando un abordaje más profundo desde las ciencias sociales. Este cambio de enfoque reconoce que la obesidad es un problema multifactorial que va más allá de las decisiones individuales sobre consumo y alimentación. El proceso de globalización, en particular la globalización del capital en la industria alimentaria, y la ideología neoliberal ha impulsado cambios drásticos en nuestros patrones de alimentación (Otero 2018; Holt-Giménez 2018). Además, han modelado los conocimientos, conceptos y prácticas que influyen en nuestra comprensión de la obesidad, y que determinan cómo entendemos y nos relacionamos con la obesidad y nuestro propio cuerpo (Guthman, 2011). Todo esto se torna más complejo al considerar, por un lado, la falta de uniformidad entre las diferentes sociedades donde se está presentando este fenómeno y, por otro lado, el entramado global-local de los procesos sociales

involucrados.

El propósito de este capítulo es llevar a cabo una revisión de la literatura que profundice en el entendimiento de la obesidad como un fenómeno social, influenciado por estructuras económicas y sociales, así como por dinámicas de poder. Se busca ofrecer un panorama general, pero detallado, donde se establezca la conexión entre la obesidad y los actores y fenómenos sociales que, pueden pasar desapercibidos. Mediante esta revisión, se aspira a comprender la obesidad desde diversas perspectivas analíticas que, en conjunto trazan el panorama actual del tema.

Para alcanzar este objetivo, se revisaron artículos y capítulos de libros académicos que discuten las características económicas, sociales y políticas de la obesidad. Se dio prioridad a estudios publicados en los últimos diez años, aunque se incorporaron trabajos relevantes sin considerar su fecha de publicación. La revisión se desarrolló en tres etapas. En la primera, se realizó una búsqueda exploratoria de investigaciones disponibles en línea y de acceso público. Posteriormente, se examinaron a fondo las referencias de los artículos seleccionados y se rastrearon los estudios de interés, en un proceso continuo. Esto facilitó el descubrimiento de temáticas y autores que evidencian la relación entre las estructuras y agentes sociales y la obesidad. Finalmente, en una tercera fase, se realizaron búsquedas específicas con palabras clave como “obesidad y entorno obesogénico”, “obesidad y globalización”, “obesidad y políticas de salud” y “obesidad y discursos”.

Se pretende que este trabajo sea útil para aquellos interesados en el tema, proporcionando una visión de los enfoques y áreas que pueden ser exploradas. Al destacar la relevancia de los contextos, estructuras sociales y relaciones de poder, se aspira a superar visiones reduccionistas. Por ello, el estudio de la obesidad requiere un enfoque integrado con las ciencias sociales, desafiando el predominio de la perspectiva biomédica. Es importante mencionar las limitaciones de esta revisión. Se excluyeron estudios propios de las ciencias de la salud para centrar la atención en investigaciones del ámbito social. Además, no se incluyó el creciente campo de investigación sobre obesidad, discriminación y sexualidad.

La primera sección del capítulo proporciona una definición de la obesidad, abordando las razones de su creciente preocupación y presentando la evolución de las tasas de obesidad a nivel global. La segunda sección describe aspectos biológicos clave, y se concluye que el

tratamiento a largo plazo mediante enfoques nutricionales tradicionales es ineficaz. La tercera sección se centra en el análisis del entorno obesogénico, que facilita el consumo de alimentos poco saludables. La cuarta sección describe la transición nutricional, desde dietas tradicionales y variadas hacia un patrón alimenticio que se inclina por aceites vegetales, carnes y alimentos ultraprocesados. En la quinta sección, se analiza el impacto que ha tenido la industrialización de la alimentación, y la conformación de una dieta industrial dominante a nivel mundial. Para concluir, la última sección examina perspectivas críticas sobre los discursos, políticas y conductas predominantes en relación con la obesidad.

1.1. Obesidad en aumento: un problema de salud pública

1.1.1. ¿Qué es la obesidad?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa que representa un peligro para la salud. La obesidad se clasifica dentro de las enfermedades no transmisibles (ENT) y es especialmente preocupante por ser un factor de riesgo para el desarrollo o agravamiento de otras ENT como diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, entre otros (OMS, 2023). Según datos de la OMS, en 2019, la obesidad fue responsable de aproximadamente 5 millones de muertes a nivel mundial relacionadas con las ENT, lo que representa el 12 % de todas las muertes por estas enfermedades. Dado el peligro que supone para la salud de las personas, la obesidad se considera una preocupación importante para la salud pública.

El diagnóstico de la obesidad se realiza por medio del Índice de Masa Corporal (IMC). A pesar de que no es una medida directa de adiposidad, es una herramienta de diagnóstico clínico ampliamente aceptada y utilizada alrededor del mundo para medir la obesidad. El IMC es una medida cuantitativa simple que permite comparar el peso de las personas ajustándolo por su estatura. Según las categorías del IMC que se detallan en el cuadro 1.1, la obesidad en adultos se define como un IMC igual o mayor a 30 con tres niveles de gravedad, mientras que el sobrepeso (precursor de la obesidad), se define por un IMC entre 25 y 30.

$$IMC = \frac{\text{Peso corporal}}{\text{Estatura al cuadrado}} = \frac{\text{Kg}}{\text{m}^2}$$

El IMC tiene algunas propiedades deseables que han contribuido a su uso generalizado: 1) es un indicador sencillo y económico, lo que permite su aplicación rutinaria en la población; 2) las diferencias en edad, género y raza no afectan su estimación de modo que facilita su uso comparativo; 3) proporciona una clasificación gradual de la obesidad de acuerdo con ciertos puntos de corte, lo que permite identificar grupos de riesgo (OMS, 2000).

Cuadro 1.1: Grados de obesidad según la OMS

Grado de Obesidad	Índice de Masa Corporal (IMC)
Bajo peso	Menos de 18.5
Peso normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25.0 - 29.9
Obesidad de grado I	30.0 - 34.9
Obesidad de grado II	35.0 - 39.9
Obesidad de grado III (obesidad mórbida)	Más de 40.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El IMC al ser un indicador indirecto de adiposidad tiene limitaciones que son problemáticas. Por ejemplo, considera que las personas con un IMC de 30 o más tienen un exceso de grasa corporal, sin embargo, el IMC no puede diferenciar entre el peso proveniente del músculo y el peso proveniente de la grasa. Además, IMC puede no corresponder al mismo grado de adiposidad en diferentes poblaciones. Tampoco contempla la distribución anatómica de la grasa. Esto es importante dado que la grasa abdominal se ha reconocido como la más peligrosa. A pesar de este conjunto de ambigüedades su uso en el ámbito médico-nutricional se ha generalizado (Moreno 2012; Guthman 2011).

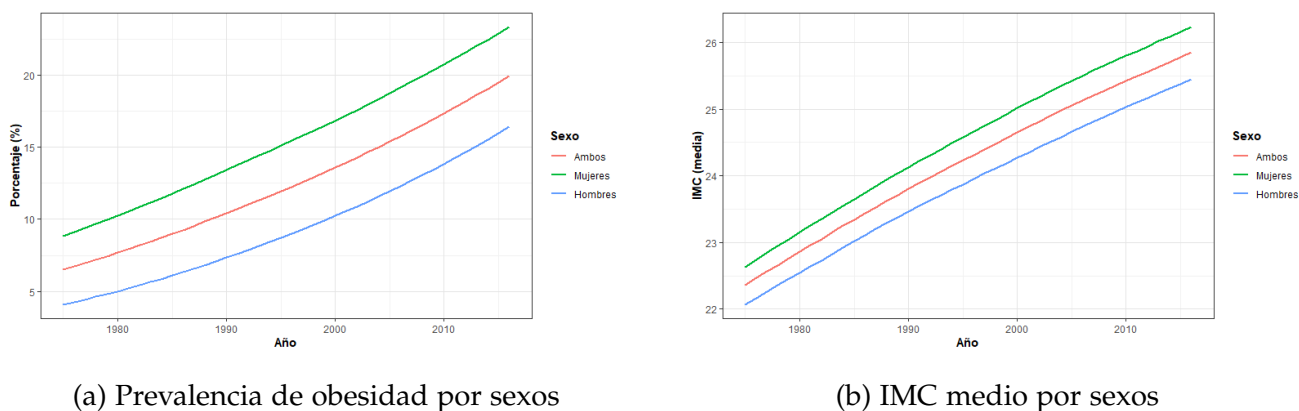
El IMC no solo se utiliza para diagnosticar la obesidad, sino que también se ha establecido una correlación directa entre el IMC y las enfermedades no transmisibles asociadas a la obesidad (Flegal, 2021). Moreno (2012) señala que, sin importar el sexo de la persona, existe una buena correlación poblacional (0.7 - 0.8) con el contenido de grasa corporal; además, de encontrar una correlación positiva con el riesgo relativo de mortalidad general y cardiovascular.

1.1.2. Obesidad: prevaencias y tendencias

Desde finales de la década de los noventa la obesidad se ha posicionado como uno de los mayores riesgos para la salud pública a nivel mundial. En 1998, la OMS reconoció oficialmente la existencia de una “epidemia global de obesidad”, argumentando que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad están aumentando a nivel mundial a una tasa alarmante (OMS, 2000). Según cifras de la OMS (2021), desde 1975 hasta 2016, la prevalencia global de obesidad se ha triplicado.

La figura 1.1 presenta las tendencias a largo plazo de la obesidad para hombres y mujeres desde la década de los setenta hasta el año 2016. Se observa claramente que la prevalencia de obesidad es más alta en las mujeres en comparación con los hombres, aunque la tendencia al aumento es evidente en ambos casos. En el año 2016, la población adulta con sobrepeso superó los 1,900 millones, de los cuales más de 650 millones eran obesos. Esa cifra representó aproximadamente el 13 % de todos los adultos en ese año, con un 11 % de los hombres y un 15 % de las mujeres en esa categoría. Cabe señalar que se observa una tendencia similar en el tamaño corporal de la población, medido por el IMC medio.

Figura 1.1: Tendencias de la obesidad en el mundo



(a) Prevalencia de obesidad por sexos

(b) IMC medio por sexos

Fuente: elaboración propia con datos de la OMS

La *World Obesity Federation* (WOF por sus siglas en inglés) ha presentado estimaciones actualizadas para la próxima década, diferenciando los datos por edad y género. Estas estimaciones se presentan en el cuadro 1.2. En términos absolutos y relativos la obesidad entre hombres

y mujeres continuará aumentando hacia los años 2025, 2030 y 2035. Bajo las condiciones actuales, se proyecta que 690 millones (23 %) de los hombres y 842 millones (27 %) de mujeres vivirán con obesidad, lo que representa un aumento de 9 puntos porcentuales con respecto al año 2020 (WOF, 2023).

Cuadro 1.2: Estadísticas de obesidad en adultos (mayores de 20 años)

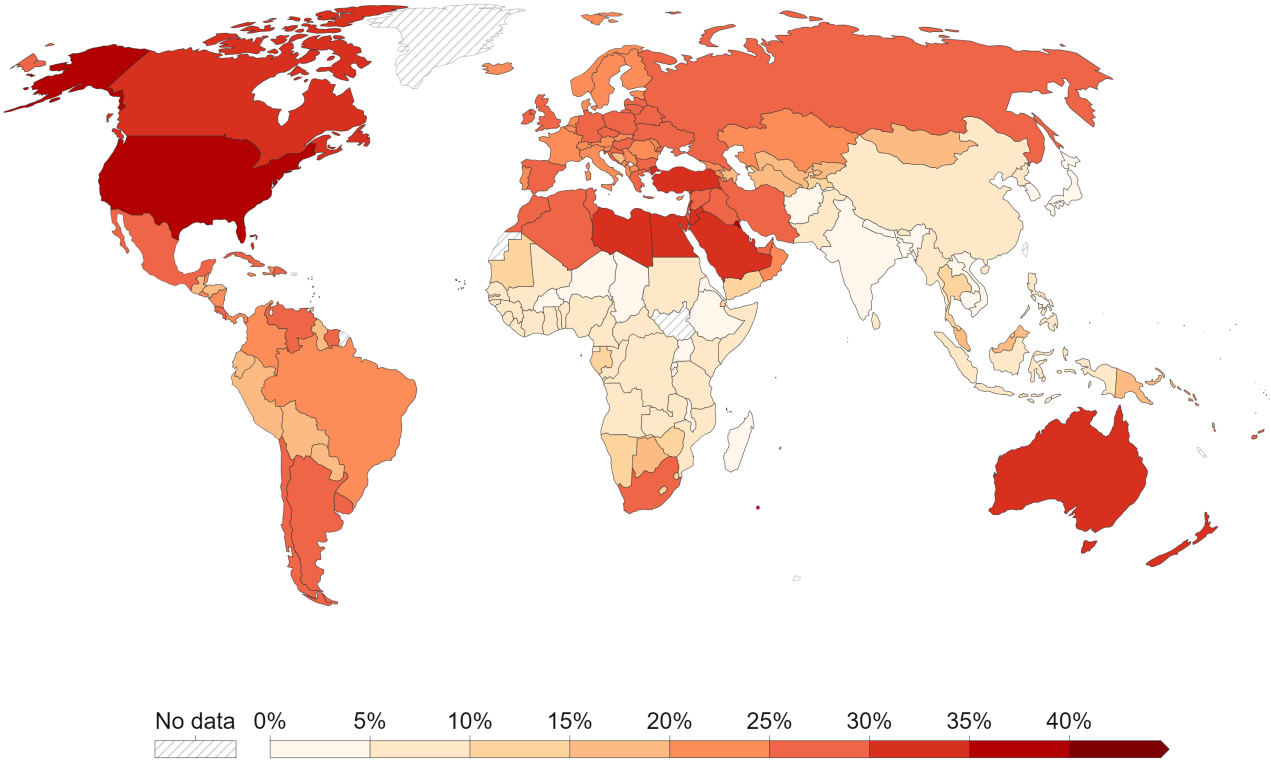
Año	Hombres			
	2020	2025	2030	2035
Número con obesidad (millones)	347	439	553	690
Proporción de hombres (%)	14	16	19	23
Año	Mujeres			
	2020	2025	2030	2035
Número con obesidad (millones)	466	568	693	842
Proporción de mujeres (%)	18	21	24	27

Fuente: elaboración propia con datos del World Obesity Atlas (2023)

La obesidad no es solo un problema de la población adulta, ya que la OMS advierte que la obesidad y el sobrepeso también afectan a niños y adolescentes. En el grupo de edad de 5 a 19 años, este problema aumentó drásticamente pasando del 4 % en 1975 al 18 % en 2016. Esto es preocupante considerando que más de la mitad de esos niños probablemente mantendrán esa condición a lo largo sus vidas (OMS, 2021). Las estimaciones recientes de WOF (2023) no son alentadoras, como se muestra en el cuadro 1.3. Se estima que la cifra de niños obesos podría elevarse a 208 millones, mientras que para las niñas esa cifra puede llegar a los 175 millones para el año 2035, lo que significaría tasas del 20 % y 18 % respectivamente en ese momento.

La obesidad se manifiesta de manera desigual entre los países, esta disparidad se muestra en el mapa de la figura 1.2, que presenta el porcentaje de adultos con obesidad en diferentes países. El patrón general indica que la prevalencia de la obesidad tiende a ser más alta en países más ricos de Europa, América del Norte y Oceanía. Por otro lado, las tasas de obesidad son mucho más bajas en el sur de Asia y en el África subsahariana. Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el año 2016, Estados Unidos, Chile y México presentaron las tasas de obesidad más altas (OCDE, 2019).

Figura 1.2: Obesidad en el mundo, 2016



Fuente: OMS, Observatorio Mundial de la Salud (2022)

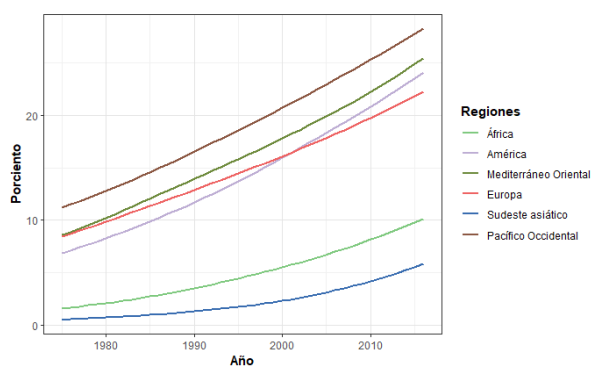
Cuadro 1.3: Estadísticas de obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años)

Año	Niños			
	2020	2025	2030	2035
Número con obesidad (millones)	103	140	175	208
Proporción niños (%)	10	14	17	20
Año	Niñas			
	2020	2025	2030	2035
Número con obesidad (millones)	72	101	135	175
Proporción niñas (%)	8	10	14	18

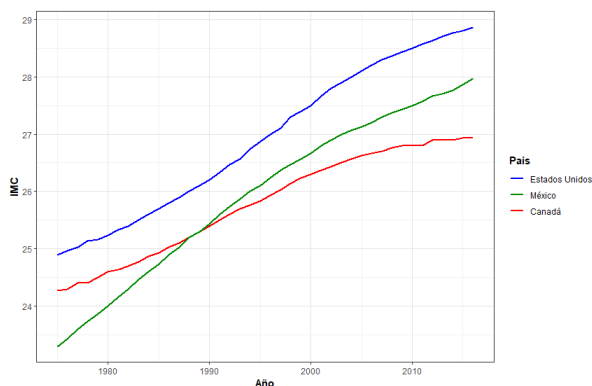
Fuente: elaboración propia con datos del World Obesity Atlas (2023)

El panel (a) de la figura 1.3 contiene información sobre la tasa de obesidad en las seis regiones del mundo hasta el año 2016. Se puede apreciar que todas las regiones muestran un aumento en el porcentaje de obesidad a lo largo del tiempo. Podemos notar dos grupos de regiones. El grupo compuesto por las regiones Pacífico occidental, Mediterráneo Oriental, Europa y América, presentan altas tasas de obesidad y un comportamiento similar. Por otro lado, el segundo grupo compuesto de África y el Sudeste asiático, tienen tasas de obesidad considerablemente más bajas.

Figura 1.3: Tendencias de la obesidad en el mundo



(a) Por regiones



(b) Países en Norteamérica

Fuente: elaboración propia con datos de la OMS

En América del Norte, una región conocida por sus altas tasas de obesidad, México ha experimentado un aumento más pronunciado en los niveles de IMC en comparación con Estados Unidos y Canadá desde la década de 1970 hasta 2016. En términos de IMC promedio, los mexicanos superan a los canadienses, pero aún se mantienen por debajo de los niveles observados en la población estadounidense (figura 1.3, panel b).

1.1.3. Los costos económicos de la obesidad

La concepción de la obesidad como problema de salud pública no se limita a cuestiones médicas, sino que también se apoya en argumentos económicos y sociales. Se ha argumentado que la obesidad representa un problema económico que conlleva costos tanto directos como indirectos para la sociedad (OMS 2000; Vuik et al. 2019; Cawley et al. 2021). Los costos directos se refieren a la carga económica inmediata que la obesidad y sus enfermedades relacionadas imponen sobre las personas y los sistemas de salud debido a los tratamientos necesarios para la atención de estos padecimientos. Los gastos relacionados con la obesidad oscilan entre el 0.7 % y el 2.8 % del gasto sanitario total de un país (Withrow and Alter, 2011). Además, los gastos médicos de las personas obesas son aproximadamente un 32 % más altos frente a aquellas con un peso considerado normal (Yusefzadeh et al., 2019). Pero estas estimaciones varían según la metodología, ya que una estimación usando un modelo de variable instrumental reportó un aumento del 100 % en costos médicos directos, los cuales se incrementan según el grado de obesidad (Cawley et al., 2021).

Además, la obesidad y el sobrepeso tienen un impacto sobre el mercado laboral, también conocidos como costos indirectos. Están vinculados al concepto económico del costo de oportunidad, es decir los usos alternativos de los recursos monetarios y materiales que se descartan para atender dichas comorbilidades. Así, se ha asociado con la disminución de la productividad laboral por un mayor ausentismo, menor número de horas trabajadas y disminución de salarios (Devaux and Sassi 2015; García-Rodríguez et al. 2010; Vuik et al. 2019).

De forma agregada la obesidad impacta negativamente en el Producto Interno Bruto (PIB) global. El cuadro 1.4 muestra el impacto económico global del sobrepeso y la obesidad en diferentes años, desde 2020 hasta 2035. Los datos se presentan en términos de dólares estadounidenses (US\$) a valor de 2019 y la proporción que representa este impacto en el PIB Global Total. La tabla muestra una progresión creciente del impacto económico global del

sobrepeso y la obesidad a lo largo de los años proyectados.

Cuadro 1.4: Impacto económico global del sobrepeso y obesidad 2020–2035

Año	US\$ a valor de 2019 (billones)	Proporción del PIB Global Total
2020	US\$ 1.96	2.4 %
2025	US\$ 2.47	2.5 %
2030	US\$ 3.23	2.7 %
2035	US\$ 4.32	2.9 %

Fuente: elaboración propia con datos del World Obesity Atlas (2023)

Los costos de la obesidad en México

Los datos para México presentados recientemente por la OCDE (2019) en un informe titulado *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, muestran evidencia de que la obesidad es un problema de salud pública:

1. Casi las tres cuartas partes (72.5 %) de los adultos en México tienen sobrepeso u obesidad, colocándose en segundo lugar entre los países de la OCDE.
2. Los niños en este país tienen una mayor propensión a padecer sobrepeso u obesidad en comparación con los de otros países con distintos grados de desarrollo. De hecho, se estima que un 37.7 % de los niños en México sufren de sobrepeso u obesidad, mientras que en el conjunto de países de la OCDE esa cifra es del 31.4 %.
3. Como factor de riesgo la obesidad se relaciona con la diabetes tipo 2. Al respecto, se estima que en 2017, el 13 % de la población adulta tenía diabetes en México, que es más del doble del promedio de la OCDE y el más alto entre los países miembros. Esta situación es preocupante debido a que México tiene la tasa más alta de ingresos hospitalarios por diabetes.
4. En México, la esperanza de vida de las personas con sobrepeso u obesidad se ve reducida en cerca de cuatro años frente aquellos que tienen un peso considerado normal.
5. Las repercusiones económicas sobre los individuos y los sistemas de salud son cuantiosas. En el caso de México la obesidad absorbe el 8.9 % del gasto en salud; repercute en

31 millones de días anuales perdidos por ausentismo; implica una pérdida económica estimada en 5.3 % del PIB.

1.2. El paradigma biomédico de la obesidad

La literatura biomédica comúnmente define la obesidad como un problema personal, relacionado con las calorías ingeridas y características biológicas de cada persona. Es preocupante porque tiene consecuencias para la salud y bienestar de las personas a lo largo de la vida. La perspectiva médica reconoce la importancia de los determinantes sociales de la obesidad como los cambios en la alimentación; no obstante, en la práctica estos enfoques se centran en los procesos biológicos (lo que ocurre dentro del cuerpo) y se limitan al diagnóstico y tratamiento clínico, así como las campañas de concientización. Sin embargo, un breve repaso por la literatura en el ámbito biomédico, expuesto a continuación, muestra que los mecanismos individuales de ganancia y pérdida de peso son más complejos de lo que se pensaba, haciendo que los tratamientos tradicionales de pérdida de peso resulten inadecuados para un problema que ocurre a nivel poblacional.

En términos biológicos, las personas desarrollan obesidad a través de un desequilibrio persistente entre el ingreso de energía (ingesta de alimentos) y el gasto calórico (actividad física). Esto se conoce como el Modelo de Balance Energético (MBE). Cuando se ingiere más energía de la que se gasta, se produce un balance energético positivo. Este exceso de energía se acumula en forma de tejido adiposo, lo que lleva a un aumento gradual del peso y tamaño corporal, que es medido por el IMC. Por otro lado, un déficit energético obliga al organismo a quemar las reservas de grasa induciendo la pérdida de masa corporal (Hill et al. 2012; Chiquete and Tolosa 2013). La ecuación del balance energético se resume como:

$$\text{Balance energético} = \text{Calorías ingeridas} - \text{Calorías gastadas}$$

De este planteamiento surge la respuesta reduccionista, pero ampliamente difundida: comer menos y ejercitarse más. En consecuencia, expertos nutricionistas y organizaciones internacionales asumen un enfoque centrado en las calorías, el cual sostiene que una caloría es una caloría independientemente de su fuente alimenticia. Bajo esta consideración para perder peso se recomiendan déficit calóricos de entre 500-750 kcal por día en conjunto con ejercicio físico

(Camacho and Ruppel, 2017).

Existen cuestionamientos a esta visión centrada únicamente en las calorías y señalan que las causas de la obesidad son más complejas, involucrando la regulación energética del organismo a través de los sistemas nervioso y metabólico (Camacho and Ruppel 2017; Hall et al. 2022). El cerebro regula tanto la ingesta como el gasto calórico para mantener las reservas de energía del cuerpo y preservar la masa corporal sin alteraciones (Hall et al., 2022). Por lo tanto, las dietas restrictivas pueden resultar ineficaces dado que, ante una menor ingesta de alimentos (energía) ocurren compensaciones metabólicas que reducen el gasto energético (Webber, 2003).

Según esta literatura la obesidad se presenta como un desequilibrio químico en los sistemas nervioso y metabólico. Hormonas como la leptina, que controla la sensación de saciedad, y la grelina, que estimula el apetito, tienen un papel fundamental en el equilibrio energético del cuerpo. Estas hormonas actúan de manera adaptativa para limitar las variaciones en las reservas de grasa corporal y mantener estable la energía almacenada (Neri Calixto et al. 2015; Chiquete and Tolosa 2013). La neurobiología de la alimentación, plantea que las personas con sobrepeso u obesidad suelen tener respuestas más intensas a las señales de comida, lo que promueve la ingesta de alimentos (Belfort-DeAguiar and Seo, 2018).

Aunque hay una creciente literatura que contradice la visión lineal del MBE, parece que esta visión es la que predomina en las políticas de salud donde: educación nutricional más actividad física es igual a un peso normal (Sánchez, 2022). Estas estrategias se han venido aplicando por al menos dos décadas por numerosos países en distintas regiones del mundo, sin embargo, los resultados muestran que la obesidad continúa expandiéndose. A pesar de que estas políticas han fracasado, se insiste en redoblar esfuerzos por concientizar y cambiar la conducta de las personas en relación con la comida y el ejercicio.

Esta situación ha motivado estudios multidisciplinarios desde las ciencias sociales, los cuales han desbordado el marco biomédico y apuntan hacia las causas políticas y económicas de la obesidad. Esta literatura investiga las características de los entornos donde viven las personas, el ambiente alimentario, las transformaciones en las dietas y los sistemas alimentarios derivados de los procesos de globalización y neoliberalización. Pero también cuestionan cómo, por qué y en beneficio de quien la obesidad es tratada como enfermedad y epidemia. A continuación se revisa esa literatura.

1.3. El entorno obesogénico

La premisa de este enfoque es que el entorno, más que la genética, es el principal factor detrás de la llamada epidemia de obesidad. A pesar de que existe una predisposición genética hacia la obesidad, los cambios observados en las tasas de obesidad a lo largo del tiempo no pueden atribuirse solamente a cambios genéticos en la población (Hill et al., 2012). Además, los cambios genéticos requieren miles de años, pero el incremento de la obesidad se ha registrado solo en las últimas décadas (Popkin, 2016).

A medida que la obesidad ha crecido globalmente, el concepto de “entorno obesogénico” ha surgido para describir las condiciones de vida y factores externos que promueven hábitos alimenticios poco saludables y estilos de vida sedentarios. Witten (2016) y Swinburn et al. (1999) señalan que este concepto abarca las dimensiones social, política, económica y biofísica, las cuales se hayan interrelacionadas entre sí. Estos ambientes afectan la salud por medio del entorno construido (calles, parques, sistemas de transporte, etc.) que inhiben el ejercicio, las normas socioculturales (creencias de lo que es adecuado comer) moldeadas por la publicidad presente en nuestro entorno y el contexto socioeconómico (ingresos, desigualdad, educación, etc.) vigente que determina las posibilidades de consumo (Lake and Townshend, 2006).

Las características de los entornos obesogénicos son la disponibilidad y accesibilidad a los alimentos no saludables y que inhiben la actividad física. Por otro lado, los entornos leptogénicos, se caracterizan por fomentar opciones de alimentos saludables y la actividad física regular (Hoek and McLean, 2010).

Las influencias del entorno en la alimentación y el ejercicio son diversas y pueden variar según las escalas geográficas en las que se encuentra (Witten 2016; Swinburn et al. 1999). A nivel macro, los acuerdos de libre comercio y la globalización influyen en la dieta, mientras que el progreso tecnológico en comunicación y transporte promueven estilos de vida sedentarios. Los meso-entornos incluyen las regulaciones alimentarias nacionales, la publicidad, la configuración comercial e industrial, los sistemas de transporte, la dotación de ciclovías y la zonificación de uso mixto. Los microentornos abarcan aspectos más inmediatos al individuo como la existencia de supermercados, tiendas, restaurantes, los lugares de trabajo, áreas recreativas, influyen en las decisiones de consumo y en la socialización alrededor de la comida (figura 1.4).

Figura 1.4: Características ambientales a diversas escalas espaciales que influyen en el consumo de alimentos



Fuente: adaptado de Witten (2016)

El estudio del entorno alimentario aborda la cuestión de la disponibilidad, accesibilidad y publicidad de los alimentos saludables y no saludables. Las principales vías analizadas por las cuales las personas acceden a los alimentos son: mercados y supermercados, tiendas de comestibles y de alimentos preparados fuera del hogar como restaurantes y tiendas de comida rápida que ofertan alimentos ultraprocesados (Jia 2021; Townshend and Lake 2017). En ese sentido, OPS (2015) y Hawkes et al. (2017) observan una relación directa entre los mercados urbanos y el aumento en el consumo de alimentos industrializados y consecuentemente las tasas de obesidad¹.

La evaluación de los entornos obesogénicos se ha realizado a través de diferentes métodos cuantitativos, dentro de los cuales destaca un creciente uso de los sistemas de información geográfica (SIG). Estas técnicas han revelado cómo se distribuye la obesidad y la organización

¹La industrialización alimentaria ha motivado una mayor producción y consumo de alimentos ultraprocesados, este cambio dietético se correlaciona con el aumento de la obesidad, debido a que su contenido de azúcares, grasas y edulcorantes contribuyen a la formación de grasa corporal y problemas de salud.

del entorno alimentario, identificando la influencia de otros elementos a través de la disposición espacial. Por ejemplo, en Estados Unidos, Gartner et al. (2016) identifica la presencia de agrupaciones espaciales de las desigualdades de género en materia de obesidad. Huang et al. (2015) muestra como en la ciudad de Chicago la obesidad se concentra en los barrios afro-americanos donde también existe una menor accesibilidad a los alimentos. Comportamientos similares se observan en la obesidad en adultos en Canadá donde los lugares de mayor riqueza y accesibilidad a alimentos de calidad como frutas y verduras presentan menores niveles de obesidad (Hajizadeh et al., 2016). En Inglaterra la obesidad infantil se concentra en torno a Londres sobre todo donde predomina la población no blanca, menos estudiada y con menores ingresos (Sun et al., 2020).

1.4. Transición nutricional

Desde una perspectiva histórica, las dietas tradicionales dependían en gran medida de alimentos cultivados localmente o con un mínimo de procesamiento. Con el avance de la industrialización y la globalización, las dietas han experimentado transformaciones importantes. La obesidad, antes mínima en lugares donde prevalecía la escasez de los alimentos, es un indicativo de lo que se ha denominado la transición nutricional (Hawkes 2006; Nestle 2019; Popkin and Ng 2022).

La transición nutricional representa una tendencia global hacia dietas caracterizadas por un alto consumo de grasas, azúcares, aceites vegetales y carnes. Este cambio se acompaña de una disminución notable en el consumo de frutas y verduras. Representa un desplazamiento desde patrones dietéticos tradicionales, que se basaban en alimentos naturales y mínimamente procesados, hacia un modelo dominado por alimentos industrializados y homogeneizados. Pollan (2009) identifica este fenómeno como la dieta occidental, caracterizada no solo por su origen estadounidense, sino también por sus formas de producción y distribución a gran escala.

Otero (2018), por su parte, denomina a la globalización de este modelo de alimentación como la dieta neoliberal. Esta conceptualización subraya la influencia de un marco económico y político que favorece la liberalización del comercio, la desregulación de los mercados y la promoción de la inversión privada en la agricultura y la industria alimentaria. La expansión

global de cadenas de comida rápida y supermercados, que promueven el consumo de alimentos ultraprocesados son la expresión tangible de este fenómeno. La transición nutricional, en este sentido, no es solo un cambio en las preferencias alimentarias individuales, sino también un reflejo de transformaciones más amplias en la economía global, la política y la cultura.

Además, el desarrollo económico nacional refuerza la transición nutricional. Las clases medias en diferentes países tienden a adoptar dietas más calóricas y alimentos preparados, incluido alimentos propios de la gastronomía local que resultan ser poco saludables (Fox et al., 2019). Este cambio, aunque refleja un aumento en el nivel de vida, paradójicamente puede llevar a una disminución en la calidad nutricional de la dieta.

Otros cambios socioeconómicos han incrementado la demanda de alimentos más industrializados. La dinámica laboral actual, está marcada por un incremento en la participación laboral de las mujeres sin que esto se haya acompañado de una redistribución de las tareas domésticas entre los miembros del hogar. Este trabajo doméstico, invisibilizado para las relaciones capitalistas y, por lo tanto, no remunerado, ha obligado estructuralmente a las mujeres a buscar un trabajo remunerado y con frecuencia precario (Federici, 2012). Este cambio ha llevado a una disminución en el tiempo disponible para preparar alimentos en el hogar, incrementando la demanda de alimentos procesados y preparados fuera de casa, contribuyendo así a dietas menos saludables y al aumento de la obesidad (Popkin and Ng, 2022).

Lo preocupante de la transición nutricional es que, al promover dietas ricas en alimentos ultraprocesados, se ha reforzado la mala alimentación y también ha desencadenado una transición epidemiológica, pasando de enfermedades infecciosas y desnutrición a una prevalencia de obesidad y enfermedades no transmisibles cada vez más latente en países de renta media y baja (Popkin and Ng 2022; Bodirsky et al. 2020).

1.5. Obesidad y la dieta neoliberal

1.5.1. La industria alimentaria

Impacto de la Industrialización

Las dietas preindustriales con un importante contenido de plantas proveían de suficientes antioxidantes, fibra y ácidos grasos que son fundamentales para la salud y el buen funcionamiento del organismo. Sin embargo, la industrialización introdujo nuevas sustancias que para el organismo son difíciles de procesar. Además, el proceso industrial propició prácticas agrícolas, caracterizadas por el uso intensivo de agroquímicos en cultivos y antibióticos en la ganadería. Esta situación ha creado problemas nutricionales importantes que afectan el buen funcionamiento del cuerpo y se vinculan con la aparición de las enfermedades crónicas y al aumento de la obesidad (Pollan 2009; Nestle 2019).

La industrialización de los alimentos implica el procesamiento de ingredientes naturales como frutas, verduras y granos con el objetivo de hacer los alimentos más durables y transportables. Pero elimina nutrientes importantes como proteínas, ácido fólico, vitaminas y antioxidantes debido a que favorecen la descomposición de los alimentos. El procesamiento separa los nutrientes esenciales y al mismo tiempo añade azúcares, conservadores y otros ingredientes artificiales que disminuyen la calidad de la alimentación (Pollan, 2009).

Es importante diferenciar entre los tipos de procesamiento. Algunos procesamientos, como la deshidratación, congelación, fermentación, pasteurización y embalaje de alimentos, pueden ser beneficiosos. Los alimentos sin procesar, que provienen directamente de plantas y animales, pueden tener modificaciones mínimas sin añadirles azúcar, sal o grasas. En la categoría de alimentos procesados se encuentran productos como panes, quesos, carnes, mariscos, fruta y verduras en conserva, entre otros; al cocinarlos con alimentos sin procesar y otros condimentos se obtienen comidas tradicionales más saludables (OPS 2015; Moss 2013).

En contraste, los alimentos ultraprocesados son creaciones industriales diseñados en laboratorio por la ciencia de la alimentación usando combinaciones precisas de sal, azúcar y grasas. Aunque aparentan ser alimentos y se promocionan como tal raramente contienen ingredientes naturales como plantas o carnes frescas (OPS 2015; Moss 2013). El problema de la obesidad se

relaciona con la oferta de alimentos ultra procesados, que son bienes comestibles elaborados con ingredientes de bajo costo y diseñados para tener la mayor vida útil posible. Este tipo de alimentos producido por enormes empresas multinacionales han desplazado la dieta hacia alimentos menos saludables (Otero 2018; Monteiro and Cannon 2019).

Motivaciones Económicas de la Industria Alimentaria

La industrialización volvió más eficiente la producción de alimentos, convirtiéndolos en mercancías lucrativas estimulando la oferta de variedades más procesadas (Hoek and McLean, 2010). Los alimentos que generan mayores ganancias son aquellas con un alto valor agregado, este se logra al extender la serie de transformaciones sufridas antes de su venta para el consumo. Esta lógica motiva la producción y distribución de alimentos ultra procesados. En contraste, alimentos como frutas y verduras pueden ser envasados y congelados, pero su procesamiento y valor agregado es menor, resultando menos rentables para la industria (Nestle 2019; Holt-Giménez 2018).

El principal objetivo de las empresas de la industria alimentaria es maximizar sus ganancias y para ello deben competir entre sí para vender sus productos. Cuando la comida es asequible para las personas la necesidad biológica pasa a un segundo plano y los alimentos se consumen por decisión personal considerando factores como la cultura, la conveniencia, el precio y el sabor. La industria destina enormes recursos en marketing y desarrollo de productos para atraer la mayor cantidad de clientes priorizando el aspecto comercial y no necesariamente siguiendo pautas de nutrición (Nestle 2019; Moss 2013). Esta táctica ilustra la disyuntiva entre la utilidad marginal a corto y largo plazo. La industria alimentaria aprovecha la tendencia humana hacia la satisfacción inmediata, minimizando la importancia de las consecuencias futuras, como problemas de salud y obesidad. Al destacar el sabor y la conveniencia, las personas son motivadas a consumir alimentos ultraprocesados que satisfacen una necesidad o deseo inmediato, no obstante, se evita proporcionar al consumidor información sobre las repercusiones negativas de su consumo a largo plazo.

Debido a una comercialización agresiva de los alimentos industrializados se ha creado un paisaje alimentario dominado por estos productos. Winson (2004) argumenta que la industria avanza colonizando nuestros espacios con papas fritas, refrescos, comidas rápidas, dulces y postres procesados, entre otros, logrando que las personas gasten más en estos artículos.

Estos productos que Winson conceptualizó como pseudoalimentos son altamente procesados y contienen mayor valor agregado y se encuentran disponibles prácticamente en cualquier momento del día.

El comercio minorista de alimentos también juega un papel importante en la oferta y diversificación de los pseudoalimentos. Estos se comercializan cada vez más en supermercados, tiendas de conveniencia y, en América Latina, también son importantes las pequeñas tiendas de barrio (OPS, 2015). Mientras que los supermercados contribuyen en la expansión a largo plazo del sector mediante la segmentación de consumidores, las tiendas de barrio son el canal utilizado por las multinacionales, para vender sus productos en áreas rurales y ciudades pequeñas (Baker et al. 2020; Gálvez 2018).

Estrategias de Marketing y Consumo

Los accionistas de la industria alimentaria incrementan sus ganancias fomentando un mayor consumo de alimentos. En primer lugar, la industria alimentaria utiliza una combinación de sal, grasas y azúcar para lograr alimentos deliciosos que atrapen al consumidor, hasta el punto de ser adictivos. Las personas responden a su apariencia, textura, olor y sabor, pero además son alimentos convenientes, de fácil preparación o que se encuentran listos para el consumo inmediato (OPS 2015; Moss 2013).

En segundo lugar, las empresas promueven sus productos con estrategias de marketing millonarias, destinadas a captar nuevas audiencias. El marketing altera los gustos y preferencias de las personas promoviendo un mayor consumo de pseudoalimentos. Las agencias de marketing utilizan técnicas avanzadas para estimular el consumo, aprovechando la creciente digitalización de la venta minorista y el uso del *Big data* (Montgomery et al. 2019; Fernandez and Raine 2021). Gran parte de esa publicidad se dirige a niños y adolescentes, a través de la televisión, cine y redes sociales para así alcanzar una audiencia más amplia y estimular el consumo.

En tercer lugar, las empresas van segmentando el mercado e introduciendo productos nuevos para satisfacer demanda o bien generar nueva demanda (Baker et al., 2020). Estos alimentos son publicitados como saludables, aunque su calidad nutricional es mínima. La industria alimentaria ha tratado de encubrir esta situación por medio de la fortificación, es decir la

adición de sustancias regularmente vitaminas y minerales sintéticos, que hacen pasar los alimentos como nutritivos cuando en realidad no lo son (Pollan 2009; Nestle 2019).

1.5.2. La dieta neoliberal

La globalización es un proceso histórico y un proyecto político promovido por el capitalismo occidental en respuesta a la crisis del fordismo² en la década de 1970. Se caracteriza por el ascenso de las empresas transnacionales, una redefinición neoliberal del Estado-nación y el surgimiento de influyentes organizaciones no gubernamentales de alcance mundial (Bonanno and Constance, 2008).

Esta reorganización geográfica del capitalismo ha propiciado sistemas de producción, comercio e inversión que, aunque geográficamente segmentados, están funcionalmente integrados y operan con relativa autonomía respecto a los límites estatales. La globalización actual ha logrado una notable compresión del tiempo y el espacio, facilitando interacciones instantáneas y globales que aceleran la producción y el consumo (Harvey, 2003). Sin embargo, este proceso también ha generado resistencias, ya que distintos grupos y comunidades desafían los impactos y las dinámicas que impone la globalización en la sociedad y la economía (Bonanno and Constance, 2008).

La globalización de la dieta industrial representa un fenómeno donde el sistema alimentario, dominado por enormes empresas multinacionales, priorizan la acumulación de capital por encima de las necesidades humanas básicas de alimentación (Holt-Giménez, 2018). En este escenario, las multinacionales de la agricultura como, Syngenta, Bayer-Monsanto, junto a gigantes de la distribución como Walmart, Kroger y Costco han adquirido un control monopolístico sobre el sistema alimentario global, influyendo en los patrones alimentarios a nivel mundial (Hendrickson et al. 2020; Holt-Giménez 2018).

²El Fordismo es un modelo económico de principios del siglo XX, caracterizado por la producción en masa, el consumo en masa y la integración vertical de las industrias. Abarca, también una cultura y políticas específicas distintas del capitalismo individualista de la etapa liberal. Un elemento clave de la etapa fordista fue la intervención activa del estado en los proyectos de desarrollo nacional en países desarrollados y en desarrollo (Bonanno and Constance, 2008).

La concentración de la propiedad en los mercados alimentarios deja la producción de alimentos en unas cuantas empresas oligopólicas. La consolidación y la concentración suceden en todo el sistema alimentario, desde las explotaciones agrícolas, las semillas y los fertilizantes, hasta la transformación, fabricación, distribución y venta minorista de alimentos (Hendrickson et al., 2020). En 2019, se identificó que 10 empresas controlaban casi la mitad del mercado de alimentos a nivel mundial, con ventas multimillonarias. Entre estas empresas se encuentran Nestlé, PepsiCo, Coca Cola, Mondelez, Danone, Kraft Heinz, Unilever, Mars, Kelloggs y Ferrero, las cuales se dedican a la venta de ultraprocesados (Baker et al., 2020).

El dominio de estas empresas tiene como antecedente directo la Revolución Verde. La agroindustrialización a través de la mecanización y el uso combinado de agroquímicos en las décadas de los sesentas y setentas, prometía originalmente aumentar la productividad agrícola en países en desarrollo, pero con el tiempo se reveló como una estrategia para expandir la influencia de las multinacionales en los países del Sur Global (McMichael, 2005). Esto ha resultado en una dependencia alimentaria que algunos países han aceptado para continuar con sus esfuerzos de industrialización (Bernstein, 2016).

La crisis de acumulación de capital que afectó a las economías avanzadas en la década de 1970 derivó en el cambio de modelo económico y político hacia el neoliberalismo. El neoliberalismo sostiene que el mercado es la forma natural y preferible de organizar la vida económica y social. En ese sentido el papel del Estado es proteger y extender la lógica del mercado. En lugar de una “sociedad” como tal, concibe a los individuos como agentes libres que buscan el beneficio personal (Harvey and Mateos 2007; Escalante 2015).

En este contexto ideológico, las políticas comerciales neoliberales fueron presentadas como la única solución para evitar una catástrofe económica global, lo que permitió la imposición del llamado Consenso de Washington sobre los países del Tercer mundo. La influencia de poderosas instituciones financieras globales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) ha sido fundamental para liberalizar los mercados del Sur Global, consolidando relaciones comerciales asimétricas que benefician al Norte Global (Harvey and Mateos 2007; Escalante 2015).

Estos cambios iniciaron un régimen de acumulación global en la agroindustria, donde las empresas multinacionales se consolidaron como actores dominantes en la producción, distri-

bución y comercialización de los alimentos. Según McMichael (2013), este régimen alimentario global está caracterizado por la consolidación del poder de las multinacionales y la institucionalización de reglas de libre comercio a través de organismos como la Organización Mundial del Comercio (OMC). Establecida tras prolongadas negociaciones bajo el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT), la OMC favorece a las multinacionales y, al mismo tiempo, permite a los países desarrollados mantener medidas proteccionistas. Estos acuerdos, al ser firmados entre países, ponen la posibilidad de cambio social fuera del alcance de los ciudadanos (Holt-Giménez, 2018)).

Por otro lado, Otero (2018) argumenta que la implementación del neoliberalismo en la agroindustria ha sido impulsada no solo por las empresas multinacionales, sino también por la colaboración activa del Estado. Otero describe cómo el Estado ha llevado a cabo nuevas regulaciones como la privatización de empresas y activos públicos, la liberalización del comercio y del mercado financiero, y la formulación de leyes sobre propiedad intelectual que principalmente protegen las innovaciones biotecnológicas de las multinacionales. De esta manera, el Estado se ha replegado de las actividades productivas directas, pero se ha desplegado para promover la agenda neoliberal y los acuerdos de libre comercio (Peck, 2013).

La eliminación de las barreras comerciales entre los países y la conformación de un mercado global ha facilitado la inversión extranjera en la industria alimentaria y el flujo de alimentos a través de las fronteras. Conforme los sistemas alimentarios se industrializan y globalizan, los alimentos más procesados y empaquetados son más baratos y accesibles en comparación con la cocina tradicional. Al mismo tiempo, las frutas y verduras producidas localmente son destinados a la exportación, limitando el acceso a la población local a estos productos (Otero, 2018).

Además, las tecnologías digitales están abriendo nuevas oportunidades para la acumulación de capital (Prause et al., 2021). Este proceso ha sido facilitado por la financiarización del sistema alimentario, considerando que los alimentos ahora son vistos como instrumentos financieros alejados de su valor de uso (Lawrence and Friel 2019; Clapp 2017). Este distanciamiento hace más difícil abordar los problemas sociales y ambientales inherentes a esta forma de producción y distribución (Clapp, 2017).

Estos desarrollos han consolidado lo que Otero (2018) denomina la dieta neoliberal. Este término se basa en la expansión global de la dieta occidental, un concepto popularizado por Pollan (2009). La dieta occidental se caracteriza por un alto consumo de alimentos procesados, carnes rojas, grasas y azúcares añadidos. La dieta neoliberal refleja cómo estos patrones alimentarios occidentales se han globalizado extendiéndose más allá de las fronteras de los países desarrollados e influyendo significativamente en las dietas de los países en desarrollo.

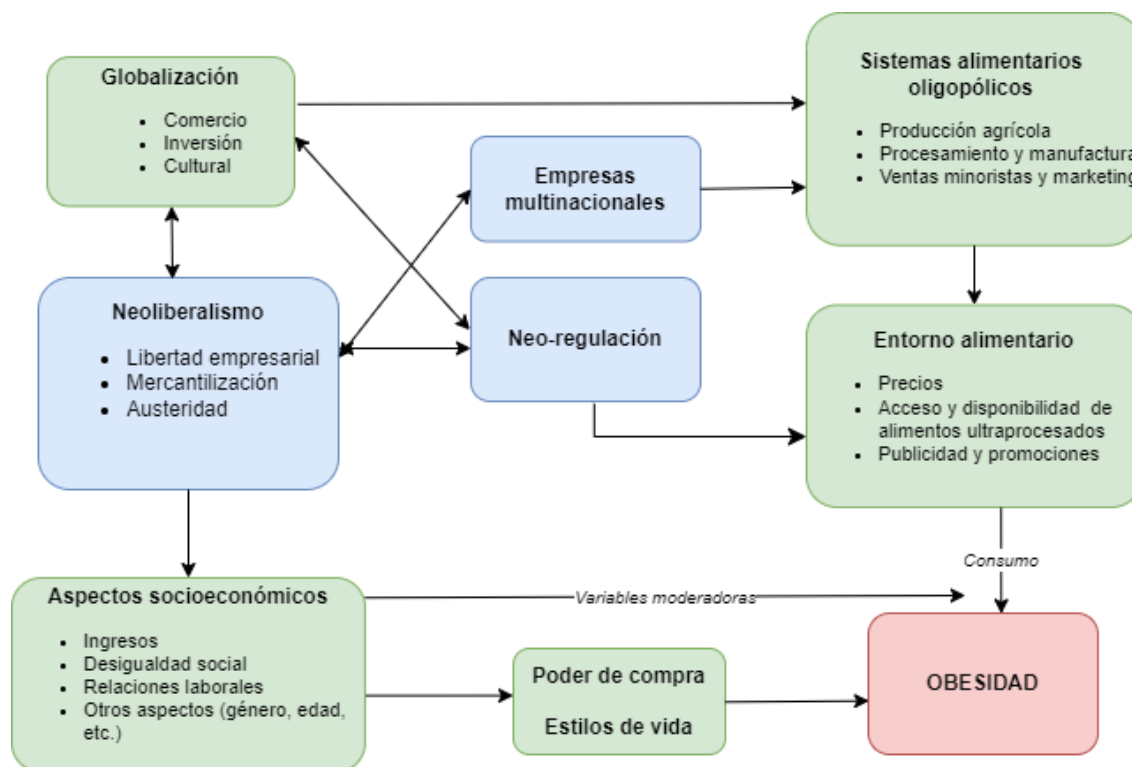
La dieta neoliberal, promovida por las multinacionales, prioriza el costo y la conveniencia sobre la calidad nutricional. Como consecuencia, los países del tercer mundo que preservaban dietas locales ahora enfrentan problemas de salud pública como la obesidad y enfermedades crónicas (Otero, 2018). Lo que resulta paradójico es que, con la globalización cultural y la creciente concientización de los efectos negativos de los alimentos industrializados en la salud, las cocinas tradicionales como la comida mexicana se han revalorizado sobre todo cuando es preparadas por chefs, aumentando la demanda de las clases altas de este tipo de alimentos (Gálvez, 2018).

1.5.3. Vínculos entre la globalización y obesidad

El globalismo neoliberal implementado por medio de tratados de libre comercio como el TLCAN, ha generado cambios significativos en los sistemas alimentarios, políticas y condiciones socioeconómicas que en conjunto favorecen al consumo de alimentos ultra procesados que conducen a una mayor incidencia de obesidad. La figura 1.5 presenta un marco conceptual que describe cómo la globalización y el neoliberalismo influyen en la obesidad a través de diversos factores interrelacionados.

La globalización, a través del comercio, la inversión y los intercambios culturales, facilita la expansión y la influencia de las empresas multinacionales en los mercados globales (Otero 2018; Friel et al. 2013). Estos acuerdos han permitido la entrada de alimentos ultraprocesados que son más baratos y accesibles que las opciones locales y frescas (García-Dorado et al., 2019).

Figura 1.5: Marco relacional entre globalización y obesidad



Fuente: adaptado de Cuevas García-Dorado et al. (2019)

A nivel político y normativo, el neoliberalismo se refiere a un conjunto de políticas que promueven la libertad empresarial, la mercantilización y la austeridad. Estos tratados han limitado la capacidad de los gobiernos para implementar políticas de salud pública efectivas. Además, los mecanismos de resolución de disputas permiten a las empresas llevar a juicio a los gobiernos nacionales por afectar sus ganancias, desincentivando la implementación de medidas de salud pública (Walls et al. 2015; García-Dorado et al. 2019).

La influencia de las empresas multinacionales se extiende a través de los sistemas alimentarios oligopólicos, que dominan la producción agrícola, el procesamiento de alimentos y las ventas minoristas y el marketing. Este poder les permite moldear el entorno alimentario, determinando los precios, la accesibilidad y la disponibilidad de alimentos ultraprocesados mediante una publicidad agresiva. Este entorno alimentario facilita el consumo de estos productos, contribuyendo significativamente a la obesidad (Lawrence and Friel 2019; Clapp 2017).

Desde una perspectiva socioeconómica, la globalización ha agravado las desigualdades. Mientras que los grupos más ricos tienen acceso a una variedad de alimentos, incluidos los de "lujo", las poblaciones más pobres se ven forzadas a consumir alimentos baratos pero poco saludables. La liberalización del comercio ha resultado en el desmantelamiento de agencias gubernamentales que apoyaban la infraestructura rural y la autosuficiencia alimentaria (Otero, 2018).

Como resultado, el poder de compra y los estilos de vida de las personas, modulados por factores socioeconómicos como los ingresos, la desigualdad social y las relaciones laborales, influyen en el consumo de alimentos. Las poblaciones más pobres, con menor poder de compra, son más vulnerables al consumo de pseudoalimentos, mientras que los estilos de vida promovidos por la globalización cultural refuerzan estos patrones de consumo. Esto culmina en un aumento de la obesidad, especialmente en los países del tercer mundo que han adoptado la dieta neoliberal (Otero 2018; Gálvez 2018).

1.6. Los discursos sobre la obesidad

Los discursos son narrativas socialmente construidas, que dan forma a la comprensión de problemas y soluciones de una sociedad. En este sentido, las acciones y pensamientos de una sociedad están ligadas a la generación de conocimiento. Los discursos de la obesidad son representaciones, imágenes, historias y afirmaciones que producen una visión particular de la obesidad (Brookes, 2021). Puede haber diferentes discursos sobre la obesidad y cada uno representarla y comprenderla de una forma diferente. Los discursos, no son inherentemente buenos o malos, más bien es una cuestión de quien construye el discurso y con qué fines. El discurso hegemónico de la obesidad podríamos sintetizarlo en los siguientes puntos: 1) La obesidad es una enfermedad epidémica, 2) es una responsabilidad individual, 3) para resolverlo debemos enfrascarnos en una guerra contra la obesidad.

1.6.1. La obesidad como epidemia

A lo largo del siglo XX, la idea de que la obesidad es una enfermedad que requiere atención médica se fue gestando progresivamente hasta convertirse en sentido común (Sánchez, 2022). Este cambio fue influenciado significativamente por las industrias farmacéutica y de seguros,

además de la aportación de profesionales que se especializaron en la obesidad. Estos expertos con sus opiniones y generación de conocimiento, redefinieron la obesidad primero como una enfermedad y, luego como un problema de salud pública que, no obstante, debe atenderse individualmente (Flegal, 2021).

Hasta la década de los ochenta la obesidad fue ganando atención en el ámbito médico de Estados Unidos e Inglaterra. Es en 1998 cuando la OMS anuncia ante el mundo el surgimiento de una “epidemia de obesidad” que no conoce de fronteras ni de estratos sociales y que por lo tanto representa un problema global (OMS, 2000). Desde entonces se ha advertido una y otra vez en medios de comunicación y en informes políticos que la obesidad es una enfermedad que es riesgosa para las personas, pero además representa una amenaza al crecimiento económico. Bajo estas consideraciones se han multiplicado los estudios que advierten de manera alarmante sobre la obesidad como una epidemia mortal y costosa para la sociedad (WOF, 2023).

Desde un enfoque constructivista, los estudios críticos sobre la obesidad han desafiado este discurso dominante. En particular se ha criticado por representar la obesidad como una crisis exagerada, amplificadas discursivamente por voces autorizadas que la han equiparado con las crisis económicas, el cambio climático e inclusive guerras y catástrofes históricas (Gard 2021; Monaghan et al. 2022). Por ejemplo, la comisión The Lancet ha establecido el concepto de sindemia para conceptualizar las sinergias perjudiciales entre las pandemias coexistentes del cambio climático, desnutrición y obesidad (Swinburn et al., 2019). Aunque este informe reconoció una inercia política inadecuada y mencionó los determinantes sociales, continuó enmarcando la obesidad como un problema de un IMC fuera de rango y lo que resulta aún más polémico, es que llamó a actores como Organización Mundial del Comercio, el Banco Mundial y Fundaciones filantrópicas a tener un papel más fuerte en las políticas nacionales cuando claramente tienen un conflicto de intereses.

Esa visión hegemónica de la obesidad como epidemia se ajusta a lo que Boero (2012) ha calificado como “epidemias posmodernas”. Una tendencia a etiquetar como epidemia a un conjunto de condiciones sociales, a pesar de que no sean contagiosas. Esta práctica permite definir, explicar y tratar como condiciones médicas fenómenos que no tienen una naturaleza intrínsecamente médica. Es por ese motivo que las intervenciones biomédicas como las dietas, los fármacos, las cirugías no son capaces de proveer una solución duradera a la obesidad,

pero precisamente esos fracasos generan clientes recurrentes en el largo plazo. Por otro lado, algunos argumentan que, si la obesidad debe conceptualizarse como una epidemia, entonces sería una “epidemia neoliberal” (Schrecker and Bambra, 2015). Esto se debe a que las políticas económicas y sociales neoliberales han impuesto un clima social marcado por la desigualdad, la inseguridad y la austeridad, que son determinantes importantes de, entre otras cosas, una mala alimentación, salud y obesidad.

La creación de una “epidemia”, puede entenderse como “un constructo artificioso formado como discurso de pánico moral” (Sánchez 2022, p.178). Con ello se carga a la obesidad de connotaciones negativas que infunden temor y rechazo. Al enfatizar en conductas individuales como génesis de la obesidad, se busca convertir a las personas con obesidad en objeto de pánico moral. Para lograrlo, se les representa como culpables y responsables de su propia condición, ignorando los complejos factores biológicos, ambientales o socioeconómicos involucrados. Con esta interpretación epidémica de la obesidad se ha impulsado la gubernamentalidad neoliberal, que son discursos destinados a lograr una ciudadanía individualizada y activamente involucrada en el cuidado de sí mismo (Bell and Green, 2016).

1.6.2. El neoliberalismo y la responsabilidad individual

Numerosas investigaciones y documentos oficiales identifican al cuerpo humano como el objeto de estudio (el lugar donde se localiza el exceso de grasa) convirtiéndolo en el lugar de intervención de la política pública en la guerra contra la obesidad. Tanto las autoridades de salud como otras organizaciones involucradas en este tema han insistido en fomentar hábitos dietéticos y de actividad física saludables. No obstante, en tiempos recientes, se ha enfatizado la necesidad urgente de promover también tratamientos correctivos para la obesidad en los servicios de salud (WOF, 2023).

El discurso dominante de la obesidad, respaldado por la ideología del neoliberalismo, concibe a la obesidad como un problema individual y califica de anormal ciertos tamaños y pesos corporales. El paradigma de la obesidad centrado en el peso ha contribuido a la defensa y argumentación de este encuadre de la obesidad. El cuadro 1.5 resume los principios de este paradigma propuestos por O’hara and Taylor (2018) y hemos añadido algunas críticas recurrentes en los estudios críticos sobre la obesidad.

Según Farrell (2018) el neoliberalismo utiliza a la elección personal y el estilo de vida para justificar la obesidad, mediante explicaciones centradas en: las elecciones dietéticas irresponsables, el tiempo de ocio sedentario, falta de conciencia de las causas de la obesidad y los riesgos asociados. Esta ideología considera que la obesidad es resultado de decisiones libres y racionales en el mercado, desentendiéndose de otros factores complejos. Refuerza la noción de que cada individuo es totalmente responsable de su vida (Holt-Giménez, 2018).

Esta estrategia desplaza la carga y responsabilidad del problema hacia los individuos con sobrepeso, insinuando que su falta de carácter y responsabilidad es la causa última de su situación. Este enfoque acrítico no solo estigmatiza, sino que culpa a las personas del fracaso de la guerra contra la obesidad y al mismo tiempo, ayuda a que las autoridades y las industrias alimentaria y de la pérdida de peso continúen lucrando con la salud de las personas y eludan sus responsabilidades (Sánchez, 2022). En lugar de responsabilizar a los individuos, es necesario considerar los efectos del sistema neoliberal que utiliza el cuerpo de las personas para sobrepasar los límites a la acumulación de capital en la industria alimentaria (Guthman, 2021).

El discurso “epidemia de obesidad” tiene como objetivo lograr que las personas se auto-regulen y autocontrolen sin olvidar su importante papel de consumidores. Para ese fin se ponen en circulación un conjunto de saberes que guían nuestra comprensión de la obesidad. De acuerdo con Tenorio (2021a) ese discurso puede resumirse en tres ideas: (i) la obesidad es el resultado de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía; (ii) la promoción de estilos de vida saludables es la respuesta al problema; (iii) empresas y ONG son aliadas de los gobiernos nacionales en la lucha contra la obesidad.

1.6.3. La guerra contra la obesidad

A medida que la obesidad se iba convirtiendo en un problema de salud pública en diferentes países del mundo, los gobiernos y sus sistemas de salud comenzaron a implementar estrategias para abordarlo. Este amplio conjunto de políticas y programas diseñados para controlar la llamada epidemia de obesidad y las enfermedades no transmisibles ha recibido el nombre de la guerra contra la obesidad (Salas, 2015). Se ha convertido en una campaña a escala global destinada a corregir el peso y los malos hábitos alimenticios de las personas. La idea central es que, educando a las personas sobre los riesgos de la obesidad en la salud, las personas modificarán su conducta. Plantea una estrategia contra la obesidad basada en la educación, concientización

Cuadro 1.5: Principios del paradigma de salud centrado en el peso (PSCP)

Información	Observaciones
El peso corporal aumenta rápidamente en todo el mundo	Convierte un problema de salud pública en una crisis catastrófica (Gard, 2021)
El IMC es un indicador del estado de salud	Un indicador descriptivo medicalizado por intereses comerciales (Flegal, 2021)
Un IMC superior a 25 es causa de enfermedad y muerte prematura	Dirige la atención al peso corporal y la desvía del contexto económico y político más amplio (Guthman, 2011)
El sobrepeso se debe a un simple desequilibrio calórico	Lo más importante no es la calidad de los alimentos sino las calorías que contiene y la forma de quemarlas (Pollan, 2009)
El peso corporal está bajo el control del individuo	Es un problema generado por el capitalismo agroalimentario que debe resolverse de forma individual (Guthman, 2021)
La ciencia genera los métodos que permiten perder peso satisfactoriamente	La solución reside en el enfoque biomédico tecnológico, evadiendo los determinantes sociales de la salud (Baru and Mohan, 2018)
Se ha creado un entorno “obesogénico”	Se usa el ambiente como una fachada que oculta a quienes le dan forma a ese ambiente (Guthman, 2011)
Bajar de peso mejorará automáticamente la salud, costos personales, sociales y económicos	Resulta conveniente combatir el peso en lugar de la pobreza y la desigualdad (Monaghan et al., 2022)

Fuente: adaptado de Monaghan y Rich (2022)

y la promoción de estilos de vida saludable, con la finalidad de que las personas aprendan a comer sanamente y adopten estilos de vida más activos (Brookes 2021; Mulderrig 2017).

Esta forma particular de abordar la obesidad ha recibido el apoyo de diferentes actores sociales: desde científicos quienes crean la base de conocimientos que enmarcan estas acciones; medios de comunicación que alertan sobre los peligros de la obesidad y la forma de corregirlo; los gobiernos que la legitiman y llevan adelante esa política de salud; profesionales de la salud que actúan como vigilantes de estas prácticas; y por supuesto, las personas que son el objetivo de esta campaña. Sin embargo, el enfoque predominante en esta “guerra” ha sido objeto de críticas (O’hara and Taylor 2018; Gard 2021; Monaghan et al. 2022).

Una de las principales críticas es que la guerra contra la obesidad tiende a poner en el centro de la discusión al individuo y su cuerpo, eclipsando factores sociales, económicos y políticos que también son determinantes de la salud (Sparke 2016; Salas 2015). En este sentido, la estrategia se basa en una racionalidad neoliberal que culpa a las personas de su condición y responsabiliza a los individuos por no adoptar una cultura del autocuidado (Guthman, y DuPuis, 2006). Este enfoque individualiza el problema, convirtiendo la guerra contra la obesidad en una lucha de cada individuo contra su cuerpo y un estilo de vida sedentario.

Otros han cuestionado que tales soluciones se apoyan en métodos cuestionables, como el uso e interpretación simplista del IMC como un síntoma definitivo de enfermedad (Guthman 2011; Flegal 2021). En cuanto a las intervenciones propuestas, la guerra contra la obesidad se caracteriza por un portafolio limitado de estrategias. Predominan los ya mencionados cambios conductuales y las estrategias de marketing social. Pero además la principal estrategia correctiva se basa en lograr déficits calóricos, ignorando que los procesos metabólicos están mediados por funciones nerviosas que son inconsistentes y varían de persona a persona. Estas prácticas se realizan en detrimento de enfoques más integrales que contemplen la salud y el bienestar en un sentido más amplio (Scrinis, 2021).

Un aspecto importante que suele pasar desapercibido por la mayoría de la población es el papel del capital privado en esta guerra, especialmente de la industria alimentaria. Las empresas alimentarias han aprovechado este marco contra la obesidad para posicionarse como actores responsables y comprometidos con la salud pública, buscan ser vistas como participantes activos y bien intencionados en los esfuerzos por combatir esta epidemia (Herrick 2009;

Powell 2019). En 2011 la Alianza Internacional de Alimentos y Bebidas (IFBA, por sus siglas en inglés) se dirigió a la OMS ofreciendo su experiencia y recursos y para atender el problema de la obesidad. Con este movimiento las empresas buscan reposicionarse a sí mismas y frente a la sociedad como parte de la solución y no la causa de la obesidad mundial (Powell, 2019).

Una de las principales estrategias de la industria alimentaria es la promoción de estilos de vida saludables en las escuelas (Powell 2019; Tenorio 2021b). Es una cuestión alarmante dado que las empresas han entrado a las escuelas a transmitir sus ideas sobre nutrición, ejercicio físico y salud a los niños. Este esfuerzo se manifiesta en lo que Powell denomina "filantropía empresarial", se trata de donaciones, regalos y patrocinios deportivos a escuelas, en nombre de la lucha contra la obesidad. Sin embargo, es crucial entender que esta filantropía no es un acto de altruismo. Dentro de una lógica capitalista, la filantropía empresarial sirve para mejorar la imagen pública de las empresas, con prácticas alineadas a sus objetivos de rentabilidad y posicionamiento de marca.

En resumen, la guerra contra la obesidad es la solución empresarial a la obesidad infantil (Powell, 2019). Mientras que las políticas públicas se enfocan en cambiar los comportamientos individuales, las empresas del sector privado realizan marketing disfrazado de campañas de concientización y promoción del deporte. Sin embargo, sus objetivos a menudo están más alineados con mejorar su imagen y rentabilidad que con abordar las raíces estructurales y sistémicas de la obesidad.

1.7. Consideraciones finales

En este capítulo se elaboró un panorama de la obesidad, subrayando que, más allá de ser una preocupación médica por sus impactos en la salud, es también un reflejo de dinámicas económicas y políticas que se entrelazan con otros elementos de la vida social. El aumento en los índices de obesidad demuestra que las respuestas biomédicas y conductuales son insuficientes, por lo que resulta inquietante la consolidación e insistencia en este tipo de políticas, aun cuando los círculos académicos denuncian sus limitaciones y exigen cambios sociales más profundos.

La investigación social sugiere que el problema es más complejo que un desequilibrio calórico, vinculando elementos económicos, políticos y culturales que propician una dinámica social que genera desigualdad, obesidad y enfermedades, afectando a millones de personas (Sparke 2016; Schrecker 2016). La globalización ha propiciado que estos elementos trasciendan el marco nacional-local, estableciendo conexiones en una dimensión global-local. Es decir, que las fuerzas globales tienen manifestaciones locales, en la vida de las personas, pero al mismo tiempo su influencia no es absoluta, puesto que los contextos locales también son importantes.

El desarrollo simultáneo de la obesidad y la globalización neoliberal está lejos de ser una simple coincidencia. Este proceso ha reforzado las relaciones capitalistas de producción y con él, transformado el sistema alimentario y la dieta global (Otero 2018; Holt-Giménez 2018; Hawkes 2006). Al modificar el precio, variedad y atractivo de los alimentos generó un aumento en la producción y consumo de aceites vegetales, azúcar, sal, grasas y, productos ultraprocesados que contienen ingredientes artificiales. Estos últimos, a pesar de ser publicitados como modernos y económicos no son buenos para la salud y, contribuyen a la obesidad y enfermedades crónicas.

El neoliberalismo ha propiciado una mayor libertad empresarial, incentivando una comercialización intensiva de estos productos, priorizando las ganancias sobre el bienestar humano (Otero 2018; Guthman 2021). Esto se traduce en empresas esforzándose por vender cada vez más sin importar la salud. Esta tendencia ha transformado no solo nuestra dieta, sino también la manera en que comemos y entorno en el que vivimos. Los mensajes publicitarios de la industria alimentaria son tan constantes y los productos parecen ser omnipresentes logrando que cualquier campaña gubernamental contra la obesidad, como la promoción de estilos de vida saludables, resulten insuficientes. Por si esto fuera poco, la industria promueve las soluciones público-privadas, presentándose como parte de la solución cuando, en realidad, ha contribuido a crear el problema en primer lugar (Powell, 2019).

Cuando los efectos de una dieta hipercalórica, carente de nutrientes y repleta de saborizantes perjudica la salud, las personas recurren a la industria de la pérdida de peso. Sin embargo, esta industria parece más interesada en sostener sus ganancias con el paciente-consumidor, en lugar de buscar soluciones reales (Boero 2012; Campos 2004). La industria participa activamente en la promoción de discursos que construyen a la obesidad como una enfermedad y epidemia, permitiendo avanzar una agenda política que desplaza la responsabilidad del Esta-

do al individuo, lo que justifica la creación de mercados, y a su vez, relega a segundo plano la responsabilidad de las empresas.

Este discurso forma parte de la racionalidad neoliberal, que reconfigura la vida social en torno al mercado y la competencia. Al redefinir la obesidad como una falla de autogestión individual se favorece a las soluciones de micro mercado, donde dietas, fármacos y cirugías se presentan como las respuestas más eficientes (Guthman, 2011). Este enfoque no ha logrado frenar la obesidad, por el contrario, el número de personas con obesidad y otras enfermedades crónicas sigue aumentando alrededor del mundo. Esto se agrava al considerar la discriminación a la que son sometidos quienes la padecen (Monaghan et al., 2022). Contrariamente a este discurso, la obesidad no debería ser vista únicamente desde una perspectiva biomédica, sino entendida como una condición social resultado de intereses económicos y políticos.

En consecuencia, es necesario trascender a la conceptualización de la obesidad como enfermedad médica, para complejizar su definición considerando los intereses comerciales y contextos sociopolíticos. No se trata solo de calorías o elecciones individuales; es el resultado de transformaciones económicas y sociales profundas impulsadas por la globalización y el neoliberalismo. En un mundo cada vez más conectado, en el que las empresas de la agro industria determinan la alimentación y las farmacéuticas fijan las prácticas sobre la salud; donde el sentido común sobre los alimentos y la obesidad no siempre es correcto, ya que refleja intereses particulares; resulta imprescindible repensar la obesidad, añadiendo elementos estructurales que permitan trascender a soluciones superficiales y avanzar hacia sus causas. Una solución es posible y deseable, pero primero debe modificarse el enfoque actual.

CAPÍTULO 2

LA OMS EN LA ERA NEOLIBERAL: UNA CRÍTICA A SU RESPUESTA AL PROBLEMA DE OBESIDAD

2.1. Introducción

¿Cómo afecta el neoliberalismo a la obesidad y a la respuesta de la OMS a este problema de salud pública? En las últimas décadas, la obesidad se ha convertido en una de las mayores preocupaciones de salud pública en todo el mundo. Mientras tanto, el neoliberalismo se ha consolidado como el paradigma económico e ideológico dominante a nivel global, anteponiendo las necesidades del capital al bienestar de las personas. El progresivo deterioro de las condiciones de vida de gran parte de la población se ha visto acompañado de una mala alimentación que ha provocado problemas de obesidad y mala salud. Aunque con importantes variaciones dentro de los países y subregiones, la obesidad se presenta en espacios tan heterogéneos como ciudades globales y zonas rurales. Intervienen también empresas multinacionales, el Estado, otras organizaciones no estatales y por su puesto las personas.

Las transformaciones económicas, políticas y culturales de la globalización están detrás de la aparición mundial del sobrepeso y obesidad (Costa-Font and Mas 2016; García-Dorado et al. 2019). La expansión global del capital agroalimentario ha impulsado un tipo de producción y oferta de alimentos, que como mercancía son altamente rentables, pero como alimento su valor nutricional es nulo e incluso contraproducente (Otero 2018; Holt-Giménez 2018). Por otro lado, se ha incrementado y normalizado la mercantilización de la salud convirtiéndola

en objeto de lucro y sometiéndola a los mecanismos excluyentes del mercado (Sparke 2016; Schrecker 2016). Para el capital farmacéutico la obesidad y las enfermedades relacionadas son una oportunidad de negocio que reporta enormes ganancias (Boero, 2012). Estos actores sociales están especialmente interesados en difundir y delimitar la cuestión de la obesidad de tal forma que les permita eludir sus responsabilidades sociales y consolidar sus intereses comerciales.

Las ideas neoliberales sobre el individuo, la libertad y racionalidad han proporcionado una plataforma para la creación y difusión de perspectivas individualizantes que auto culpabilizan a las personas (Monaghan et al. 2022; Sánchez 2022). La producción de conocimiento basado en estas perspectivas define a los obesos como seres descuidados e irresponsables consigo mismos, que a pesar de que pueden morir, se reusan a modificar sus hábitos dietéticos resultado de elecciones libres (Guthman, 2011). En otras palabras, la obesidad se conceptualiza como un problema de autogestión de riesgos, desvinculado de las desigualdades sociales e intereses comerciales.

En el marco de la gobernanza neoliberal, el Estado tiende a distanciarse de su responsabilidad en la salud, trasladándola al individuo, ahora visto no solo como ciudadano sino también como consumidor. En esa dinámica el Estado asume una postura responsabilizante y lleva adelante una agenda alineada con una gubernamentalidad neoliberal que promueve el autocuidado de la salud y una biopolítica¹ de la delgadez (Brookes 2021; Mulderrig 2019).

De modo que cuando se discuten el papel de actores sociales como el Estado y las empresas multinacionales en la obesidad queda más o menos claro cuáles son sus intereses y motivaciones. Pero el papel de las organizaciones internacionales creadas para la promoción del multilateralismo y un mundo más globalizado son menos evidentes. Aunque la percepción común sugiere que algunas agencias como la Organización Mundial de la Salud (OMS) son neutrales, también contribuyen a reproducir y extender, el discurso neoliberal impulsado por empresas, filantropías, gobiernos nacionales y *think-tanks*, por medio de la formulación de políticas de salud global (Sparke 2016; Birn 2014).

¹La gubernamentalidad y la biopolítica son conceptos desarrollados por Michel Foucault que se refieren a la forma en que los gobiernos regulan tanto el comportamiento como el cuerpo y la salud de los ciudadanos, respectivamente. En las sociedades modernas, esta gestión se lleva a cabo mediante técnicas no coercitivas, como las leyes, la educación y las normas sociales, entre otras. Así, el control social se logra mediante la auto-regulación voluntaria del individuo (Nadesan, 2010).

En ese sentido, la OMS como organismo especializado de las Naciones Unidas ejerce un liderazgo en el ámbito de la salud global, incluida las recomendaciones de política pública para la prevención y el control de la obesidad, siendo una fuerza clave en la legitimación y normalización de la obesidad como enfermedad. En 1997 la OMS reconoció oficialmente que la obesidad constituía una epidemia mundial (OMS, 2000), reforzando una biopolítica de la delgadez y un enfoque patológico de la obesidad.

El papel de la OMS en la lucha contra la obesidad no debe quedar exento de cuestionamientos y críticas desde la perspectiva social, particularmente en el contexto del neoliberalismo y el filantro-capitalismo en la salud. Al observar como el neoliberalismo ha penetrado y arraigado en las instituciones internacionales encargadas de guiar la política de salud global surgen preocupaciones inquietantes ya que las políticas orientadas al mercado son señaladas por privilegiar las ganancias sin importar las condiciones social y el sufrimiento, y sin embargo, su hegemonía parece inamovible.

La OMS, al no estar relacionada públicamente con empresas y partidos políticos disfruta de credibilidad y una buena imagen pública a nivel global, pero un examen más detallado puede revelarnos relaciones escondidas con actores que tienen otros intereses. La ideología neoliberal legitima y favorece las relaciones público-privadas, las cuales bajo la fachada de consignas sobre el bienestar y la salud esconden profundos intereses comerciales.

Estas consideraciones despiertan cuestionamientos que son importantes: ¿Cómo afecta el neoliberalismo a la obesidad y a la respuesta de la OMS a este problema de salud pública?, ¿En qué sentido han cambiado las prioridades de la OMS como resultado de las presiones económicas y políticas relacionadas con el neoliberalismo?, ¿Por qué persiste la promoción de políticas globales de obesidad que han demostrado ser ineficaces?, ¿Cuál es el papel de la OMS en la creación y mantenimiento del consenso sobre la medicalización de la obesidad? ¿Quiénes son los actores involucrados e interesados en sostener tal narrativa sobre la obesidad?

Este capítulo busca revisar el papel de la OMS en la respuesta a la obesidad en la era neoliberal. La OMS es un objeto de estudio privilegiado porque es posible examinar las relaciones de poder derivadas del conocimiento experto y su autoridad capaz de generar las “verdades” de una época. La OMS es también un espacio de disputa, tanto susceptible a los intereses comerciales como a los compromisos morales e intelectuales de sus funcionarios, los cuales

pueden entrar en conflicto y generar algún tipo de resistencias. Más aun, las deliberaciones de la OMS repercuten en el diseño y adopción de las políticas de salud por los gobiernos del mundo.

Para comprender de mejor manera el papel de la OMS en el contexto de la obesidad y la salud global es fundamental considerar algunos aspectos clave: a) Revisar y definir el concepto de neoliberalismo en relación con la obesidad y la salud; b) Analizar la evolución del papel de la OMS en la salud mundial y reconocer de qué manera influye el neoliberalismo en las prioridades de la organización; c) Discutir y resaltar la influencia de los intereses comerciales tanto en las políticas de salud como en la narrativa de la OMS sobre la obesidad e identificar a los actores sociales que respaldan esa narrativa. A través de este enfoque, el capítulo busca ofrecer una visión contextualizada y crítica sobre la influencia del neoliberalismo en la obesidad y las respuestas de las organizaciones internacionales.

2.2. La complejidad del término "neoliberalismo": reflexiones e interpretaciones

Reflexiones

A medida que el neoliberalismo se revela como una forma particularmente agresiva de capitalismo que afecta a trabajadores, clases medias y pobres en todo el mundo, se han multiplicado los estudios que denuncian sus efectos negativos en la vida de las personas. Estos estudios llaman a resistir y revertir los embates de la mercantilización, que ha traído consigo un sinnúmero de sufrimiento en forma de enfermedades, desigualdad social e inseguridad económica (Sassen 2014; Stiglitz 2019; Schrecker 2016; Sparke 2016)

Esos debates han creado un mito en torno al término neoliberalismo. Este consiste en que una amplia gama de tendencias indeseables, como la creciente desigualdad, la injusticia, la austeridad fiscal, la desregulación, la privatización, el acaparamiento de tierras y la degradación ambiental pueden resumirse por el concepto de neoliberalismo (Aerni, 2018). El problema es que el término se utiliza para reducir toda complejidad local y temporal, a una cuestión de estereotipos de los diferentes actores sociales.

Dentro del campo de los estudios críticos de la salud, también han advertido que el uso excesivo y descuidado del término puede conducir a reduccionismos, prejuicios y confusión de su significado (Bell and Green, 2016). Se critica que, sin importar el tema y la extensión del estudio, siempre se llega a una misma conclusión: las políticas neoliberales deben revertirse (Ferguson, 2010). Además, el neoliberalismo no es un fenómeno uniforme, sino que está conformado por especificidades históricas, geográficas e institucionales, que dan lugar a los “neoliberalismos realmente existentes” (Peck, 2013).

Aunque existan críticas al uso del neoliberalismo como herramienta analítica, su utilización conceptual sigue siendo valiosa ya que proporciona un enfoque esclarecedor sobre cuándo, dónde y de qué manera se cruzan lo económico, lo político e ideológico en temas como la salud. Esto permite identificar relaciones, tensiones y actores con lo cual se pueden imaginar alternativas que desafíen la hegemonía del neoliberalismo. Sin embargo, debemos tener precaución en su utilización y definir su conceptualización de manera constante. Un paso inicial es evitar dar por sentado su significado como un fenómeno determinista y acabado, al comprenderlo como un fenómeno lleno de matices en constante evolución (Bell and Green 2016; Peck 2013).

El análisis de Ferguson (2010) resulta útil, al esclarecer las diferentes formas en las que se utiliza el término “neoliberalismo” en la literatura académica. En primer lugar, se utiliza de manera descuidada como sinónimo del capitalismo en general, o como una forma abreviada de referirse a la economía mundial y sus desigualdades. En segundo lugar, se utiliza para describir una especie de fuerza causal abstracta que viene de fuera para disminuir los medios de vida locales. En tercer lugar, se utiliza como el nombre de una formación cultural global amplia, propia de la fase actual del capitalismo que refleja nuestros tiempos desregulados, inseguros y especulativos. En cuarto lugar, se utiliza como una racionalidad en el sentido foucaultiano, relacionada con mecanismos específicos de gobierno y modos de subjetivación de sujetos.

Interpretaciones

A continuación se describen las diferentes interpretaciones que las ciencias sociales han dado al término. Estas incluyen su consideración como un sistema de ideas, una política y programa, una forma específica de Estado, y una modalidad de gubernamentalidad (Ward

and England, 2007).

El neoliberalismo es más que un paquete de políticas económicas aparentemente separadas. Es una teoría económica y política de la modernidad, un programa ideológico desarrollado desde mediados del siglo XX por pensadores como Friedrich Hayek, Ludwig von Mises y Milton Friedman. Los principios fundamentales que definen la teoría neoliberal subrayan: 1) El mercado es la forma natural y preferible de organizar a la sociedad, y la manera más justa e impersonal de distribuir los recursos de la sociedad; 2) El Estado debe crear, proteger y extender la lógica del mercado. Esto no implica la reducción del Estado, sino una redefinición de sus funciones; 3) Reducción de lo social a lo individual. La sociedad se entiende como un cúmulo de individuos racionales y egoístas, cada uno responsable de su propio éxito (Harvey and Mateos 2007; Escalante 2015).

Es una ideología supremacista y empresarial difundida asiduamente en universidades, think-tanks y medios de comunicación (Connell 2010; Magnuson 2018). Estas ideas permean al espacio público y se incorporan al lenguaje cotidiano al grado de volverse el sentido común. Según Connell (2010), los neoliberales promueven la difusión selectiva de imágenes positivas y negativas: exaltan tanto el papel del mercado en el progreso social como las interpretaciones empresariales de los vínculos sociales; al mismo tiempo que la empresa pública, la burocracia y las protecciones sociales se presentan como ideas obsoletas.

El surgimiento del neoliberalismo puede ser visto como una respuesta a la crisis de acumulación de capital que afectó a los países desarrollados en los años setenta. En este contexto, las políticas neoliberales fueron presentadas como la única solución para evitar una catástrofe económica global, lo que permitió su adopción a nivel internacional mediante la coerción financiera ejercida por el FMI y el BM. Esta transformación se vio reflejada en el surgimiento del neoliberalismo como ideología y la adopción del Consenso de Washington como modelo a seguir por los países en desarrollo (Harvey and Mateos 2007; Cooney 2021).

Las políticas neoliberales han sido presentadas como un medio para fomentar el crecimiento económico y la eficiencia. Pero en la práctica, el neoliberalismo ha sido utilizado como una justificación para llevar adelante un enorme movimiento de privatización de empresas y servicios públicos, reducción de impuestos y regulaciones, liberalización del mercado financiero, el comercio y la inversión extranjera, así como la adopción de criterios de mercado en la

administración pública (Harvey and Mateos 2007; Escalante 2015).

El neoliberalismo es, también, un gran movimiento de mercantilización interminable, que “busca expandir los mercados existentes y crear mercados donde antes no existían” y en consecuencia “las necesidades que antes satisfacían los organismos públicos sobre la base del principio de los derechos de los ciudadanos, o a través de las relaciones personales en las comunidades y las familias, ahora deben ser satisfechas por empresas que venden servicios en un mercado” (Connell, 2010, p. 23).

El establecimiento de agendas neoliberales ha sido impulsado por una variedad de actores influyentes en la sociedad, incluyendo a las empresas multinacionales, ejecutivos y grupos de presión, políticos, profesionales, burócratas formados en el pensamiento neoliberal, así como medios de comunicación predispuestos a difundir esas ideas. Todos ellos en conjunto han creado un espacio público favorable para la adopción de políticas neoliberales (Harvey and Mateos 2007; Escalante 2015).

El neoliberalismo es un proceso de reestructuración cualitativa y cuantitativa del Estado que devalúa el papel del Estado de bienestar y revalúa el papel del mercado en la vida social (Ward and England, 2007). Peck and Tickell (2002) han identificado dos momentos clave en la reconfiguración del Estado: el “neoliberalismo de repliegue” se refiere a la fase inicial de la implementación del modelo neoliberal, en la que se promovió la reducción del tamaño y alcance del Estado mediante la privatización de empresas públicas y la disminución del gasto público; el Estado se replegó de su papel keynesiano y se enfocó en la elaboración de las reglas del mercado. La segunda fase, “neoliberalismo de despliegue”, busca la reconfiguración activa del Estado para servir a los intereses de las élites económicas; el Estado se despliega para profundizar la desregulación, la privatización y mercantilización.

El Estado neoliberal es también una forma política inestable y contradictoria con sesgos empresariales. La teoría neoliberal sostiene que el Estado debe procurar los derechos de propiedad privada, el estado de derecho, y el libre comercio. Sin embargo, en la práctica las empresas están involucradas en este modelo de gobierno que otorga libertades fiscales, laborales, financieras y ambientales diseñadas para proteger las ganancias empresariales. De modo que, se ha vuelto frecuente que miembros de la clase capitalista en diferentes países, asuman el poder de los gobiernos nacionales (Harvey and Mateos, 2007).

La noción de gubernamentalidad es esencial para comprender cómo se manifiesta el poder en las sociedades neoliberales. Desde una perspectiva foucaultiana, el poder se refiere a las técnicas y estrategias que se utilizan en las sociedades modernas para controlar el comportamiento y la vida de las personas, pero también del orden político. El poder no se ejerce mediante métodos coercitivos, sino que se inscribe en las relaciones sociales y opera a nivel de las subjetividades, dando forma a los pensamientos, los deseos y las acciones de las personas (Foucault, 2009).

La gubernamentalidad en relación con el cuerpo humano, también es conocido como biopoder. El biopoder funciona como una forma de control social cuyo objetivo es regular y normalizar las conductas y prácticas relacionadas con los cuerpos de las personas en una sociedad. Busca la autorregulación personal y voluntaria pero guiada a través de discursos, normas, instituciones y prácticas sociales que definen lo que es considerado normal o aceptable en una sociedad (Fraser, 2003). Este proceso se fundamenta en un grupo de expertos como científicos, educadores y comunicadores, que difunden teorías, opiniones e ideas con la finalidad de influir en la sociedad (Woodward et al., 2009).

En este modelo de gubernamentalidad el individuo se ve obligado al cuidado de sí mismo ya que su calidad de vida está ligada a sus propias decisiones y sus opciones de mercado. Hernández and Aldana (2017) han denominado a esta racionalidad como “empresario de sí” y han sintetizado en cuatro puntos sus características principales: (1) debe comportarse como emprendedor; (2) hace de su vida su propio capital humano, el cual debe incrementar invirtiendo en sí mismo para que el individuo-empresa obtenga mejores rendimientos; (3) construye nuevas formas de vínculo centradas en el mercado y (4) es gobernado bajo la promesa de la libertad absoluta, el culto al riesgo y el discurso de la flexibilidad.

En las sociedades capitalistas el poder se ejerce para asegurar la productividad y la acumulación del capital. Por ejemplo, la gestión de la salud de las poblaciones mediante intervenciones farmacéuticas sirve a los intereses del mercado, pero no cambia las condiciones laborales, ni las mercancías consumidas por los trabajadores o los contaminantes industriales que afectan la salud de los trabajadores. Así, el biopoder, puede entenderse como un mecanismo que facilita la acumulación de capital, en lugar de priorizar la salud de los trabajadores (Nadesan 2010; Guthman 2021).

El neoliberalismo ha sido criticado por diversos economistas y expertos en políticas públicas, como Stiglitz (2019), Piketty (2013), Castells (2018) y Sassen (2014), quienes han señalado que este modelo no ha logrado generar una sociedad más justa y equitativa, sino que ha generado mayor desigualdad económica, permitiendo que una pequeña élite acumule una enorme cantidad de riqueza a expensas de la mayoría de la población; la liberalización del mercado ha llevado a una mayor inestabilidad financiera, con crisis recurrentes que han afectado gravemente a las personas comunes; la privatización y mercantilización de bienes y servicios esenciales, han agravado la exclusión para las personas de bajos ingresos e incrementado los precios para todos; la transformación del Estado disminuyó la inversión pública en áreas como la alimentación, la salud y el desarrollo; la democracia y la legitimidad política se han erosionado, dado que las grandes empresas y los más acomodados influyen en la política muchas veces en contra de las necesidades de la mayoría.

2.3. El impacto de las políticas neoliberales en la salud y la obesidad

La premisa neoliberal de que el crecimiento económico conducirá automáticamente a una mejora generalizada del bienestar no solo es falsa, sino que ha resultado en la creación de nuevos y más acentuados riesgos sociales (Sparke, 2016). Los beneficios del crecimiento económico no han sido distribuidos de manera justa e inclusiva, de modo que la desigualdad social y la inseguridad económica perjudica las condiciones de vida de las personas y su salud (Schrecker, 2016). Además, los recortes de impuestos destinados a estimular el crecimiento económico promueven una austeridad aún más radical en la protección social, afectando al grueso de la población (Labonté and Stuckler, 2016).

Es importante reconocer, como lo hace Navarro (2020) que, las consecuencias del neoliberalismo en la salud no son abstractas o intangibles, más bien se manifiestan de manera concreta en condiciones físicas y psicológicas, entre las que se encuentran la obesidad y el hambre. El deterioro de la salud como manifestación concreta de una combinación de economía y política, que ponen en marcha dinámicas dañinas para la vida humana y el medio ambiente, es lo que Sparke (2016) llama encarnación del neoliberalismo en la salud. Esta perspectiva es interesante porque implica que el bienestar de las personas está interconectado con las políticas y prácticas neoliberales, y por lo tanto el camino hacia un mayor bienestar debe pasar

por una transformación social más profunda. Cabe destacar que “no son las desigualdades las que matan a las personas... son los responsables de esas desigualdades los que matan a las personas” (Navarro, 2009, p. 423)

2.3.1. Obesidad: Entre el desmantelamiento de la protección social y mercantilización de la salud

Reestructuración de mercado

La neoliberalización terminó con los esfuerzos por construir un sistema de salud de cobertura universal prestado por el Estado. Este sistema cubría hospitales, profesionales, medicinas y campañas de prevención, pero fue desmantelado tanto material como ideológicamente para que funcionase como un mercado. A nivel macro, las reformas neoliberales desmantelaron las redes de protección social y privatizaron los servicios de salud, debilitando la capacidad de respuesta sanitaria de la sociedad, situación que fue expuesta por la pandemia del COVID-19 (Navarro, 2020).

El sistema de salud público enfrenta un constante proceso de desinversión provocados por las políticas de austeridad. En la práctica, esto se ha reflejado en un deterioro de la infraestructura social que afecta a las personas que acuden a hospitales públicos a recibir atención. Mientras los más pobres y vulnerables son incapaces de participar en el mercado de la salud y se ven forzados a utilizar el deteriorado sistema público, los ricos pueden disfrutar de innovaciones médicas y servicios personalizados (Sparke 2020; Navarro 2020).

La creación de la mercancía salud es la transformación más fundamental y preocupante del modelo neoliberal en la atención sanitaria. Al convertir la salud en un producto comercial, la atención médica es objeto de lucro para las empresas y los inversores. Esto tiene consecuencias para la asequibilidad y acceso a la salud, lo que puede conducir a una atención médica insuficiente para aquellos que no pueden pagar por ella (Baru and Mohan, 2018). Además, cuando las personas son percibidas como consumidores se tiende a caer en la medicalización excesiva. Se recetan medicamentos o se realizan procedimientos médicos innecesarios muy rentables en lugar de abordar las causas subyacentes de la enfermedad (Ortiz et al., 2017).

Como resultado, las grandes empresas farmacéuticas han priorizado la maximización de sus beneficios, incluso por encima de objetivos tan importantes como la prevención y cura de enfermedades (Navarro, 2020). Por ejemplo, las farmacéuticas por medio de la mercadotecnia manipulan la comprensión social de las enfermedades para aumentar las ventas de sus empresas, lo que se contradice con sus mensajes públicos en los que afirman trabajar para mejorar la vida de las personas (Brennan et al., 2010).

Las alianzas entre el sector público y privado han facilitado la adopción de la lógica del mercado. Dos repercusiones preocupantes: en primer lugar, la visión empresarial de la salud tiene un sesgo por las soluciones biomédicas que se rentabilizan por medio de micromercados de la salud que son selectivos y excluyentes (Sparke, 2016). En segundo lugar, los socios privados del sector público son empresas multinacionales que fijan la agenda política de salud de acuerdo con sus intereses. Investigadores como Baru and Mohan (2018) y Birn (2014) han denunciado que el capital se esconde tras la fachada de asociaciones filantrópicas como la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF) que se muestran preocupadas por la salud, pero en realidad controlan el uso los recursos para proteger sus empresas.

A partir del estudio de estos desarrollos en la salud pública Sparke (2020) identifica dos regímenes de salud neoliberal. El primero de ellos, denominado Régimen de retroceso, ha socavado la creación de sistemas universales de atención primaria de salud, especialmente en países vulnerables sometidos a Programas de Ajuste Estructural (PAEs) impuestos por instituciones como el FMI y el Banco Mundial. Estas políticas han llevado a una desinversión significativa en la salud, impactando negativamente los sistemas de salud y exacerbando las desigualdades en salud, especialmente en el Sur Global (Navarro, 2009).

El segundo, el Régimen de despliegue, se refiere a la implementación de políticas neoliberales que priorizan inversiones rentables y selectivas en el ámbito de la salud. Este enfoque se caracteriza por intervenciones de corto plazo, verticales, lideradas por actores privados. Estas intervenciones, basadas en criterios técnicos, apuntan a objetivos específicos según la enfermedad y la ubicación geográfica. Este régimen contrasta con un enfoque de salud más integral, ya que se centra en maximizar la eficiencia y la rentabilidad en lugar de abordar las necesidades de salud.

Determinantes sociales de la salud

La idea fundamental de los determinantes sociales de la salud es que una mejora de las condiciones de vida de las personas a nivel global es posible y necesaria para reducir las desigualdades en salud. Como señala el reporte de la OMS “Closing the gap in a generation” las grandes diferencias en salud, entre y dentro de los países, se deben a los diferentes grados de desventaja social (desigualdad) entre las personas. Las “circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen y los sistemas establecidos para hacer frente a la enfermedad”, están a su vez impulsados por fuerzas políticas, sociales y económicas (OMS, 2009).

Varios fenómenos convergen para el deterioro de las condiciones de vida. Al desmantelamiento de los sistemas de protección social, se les suma una situación laboral más precaria resultado de una carrera hacia abajo que disminuye los salarios reales y un mercado de la salud que excluye a los que no pueden pagar (Sparke, 2016). Schrecker (2016) utiliza el concepto de “epidemias neoliberales” para subrayar cómo las políticas económicas de libre mercado pueden generar una dinámica de desigualdad con austeridad que aumenta la vulnerabilidad de gran parte de la población, y contribuye a la propagación de enfermedades y obesidad a nivel mundial.

Redistribución del poder político.

Schrecker (2016) y Sparke (2020) comparten la idea de que los procesos duales de globalización y neoliberalización limitan el margen de maniobra de los gobiernos nacionales. Los tratados de libre comercio desempeñan una función en la constitucionalización del neoliberalismo, ya que han evolucionado de medidas fronterizas, como aranceles y cuotas, a medidas que limitan la capacidad de los gobiernos para regular en su propio territorio mediante leyes y normas nacionales. Estos acuerdos socavan la soberanía de los gobiernos nacionales y limitan su capacidad para proteger los intereses de los ciudadanos.

A medida que el neoliberalismo avanza se vuelve más evidente una marcada diferencia en cuanto a la influencia política y capacidad de decisión entre las grandes empresas y la ciudadanía en general. Aunque son los pobres y marginados quienes experimentan los efectos de la exclusión, son los grandes intereses económicos los que controlan los recursos financie-

ros, humanos y tecnológicos. Por lo tanto, pueden establecer la narrativa y su agenda política correspondiente, y en última instancia determinan el uso de los recursos (McInnes et al., 2019).

Esto es más evidente en tiempos de crisis económicas y sociales, cuando los recursos suelen dirigirse a proteger las ganancias en lugar de la salud de las personas. Por ejemplo, en las crisis de México en 1994 y Estados Unidos en 2008, la intervención del gobierno se enfocó en la recomposición del sistema bancario y financiero, generando un costo de oportunidad en las finanzas públicas. Como resultado, los contribuyentes han tenido que soportar la austeridad en los servicios públicos para pagar por el rescate de las empresas (Labonté and Stuckler, 2016)

Dentro de este contexto, cabe destacar el papel que tienen las ONG. Las ONG fueron pensadas como representantes de la ciudadanía en la implementación de políticas y programas, pero sus principales patrocinadores han influido para que representen los intereses de la industria y otros grupos que se benefician del mercado de la salud. Las ONG han adoptado un doble lenguaje, en el que la retórica del cambio social y los derechos humanos es solo una fachada que permite a las empresas sacar adelante su agenda política (Baru and Mohan, 2018).

2.3.2. La comida como mercancía: la lógica económica de la obesidad

La obesidad, como un resultado particular de salud pública, es una consecuencia tangible de las políticas que promueven la liberalización y desregulación de los mercados. Estas políticas han provocado cambios en la disponibilidad y accesibilidad de alimentos modificando las dietas y salud de las personas. El neoliberalismo ha profundizado la visión mercantil de los alimentos. Al ser comprados y vendidos en los mercados genera ganancias, y por lo tanto se producen y se distribuyen de acuerdo con una lógica económica, en lugar de consideraciones nutricionales, culturales, ambientales o éticas (Holt-Giménez, 2018)

La mercantilización de los alimentos ha llevado a una mayor industrialización de la producción de alimentos y a la concentración del poder económico en manos de grandes empresas alimentarias (Hendrickson et al., 2020). Además, la desregulación de la industria alimentaria y los tratados de libre comercio favorecen el procesamiento de alimentos y comida rápida, ricos en grasas, sal y azúcar que son muy rentables para las empresas, atractivos para el consumidor, pero poco nutritivos e inclusive nocivos para la salud (Nestle 2019; Otero 2018). En

diferentes países millones de personas están reemplazando las dietas tradicionales basadas en alimentos frescos y naturales por una dieta llena de alimentos ultraprocesados. Esa transición nutricional se encuentra detrás del sobrepeso y la obesidad (Hawkes et al. 2017; Popkin and Ng 2022).

Las grandes empresas multinacionales promueven políticas de liberalización comercial para colocar de mejor manera sus productos, o bien de una manera más rentable. Estas empresas no son actores neutrales que simplemente acatan las reglas del juego, sino que utilizan continuamente su poder económico y político para que sus intereses sean incorporados en las regulaciones nacionales (McMichael, 2005). El poder político de las empresas de alimentos se deriva en gran medida de su poder económico, el cual a su vez proviene de la concentración del mercado. Esta concentración es resultado de las políticas neoliberales que han relajado la regulación sobre los monopolios, lo que ha facilitado las adquisiciones y fusiones entre empresas del sector alimentario (Hendrickson et al., 2020). Esta concentración se extiende a lo largo de toda la cadena alimentaria abarcando a los grandes minoristas, mayoristas y empresas de transformación (Friel et al., 2013).

Estas empresas tienen el poder de decisión en la alimentación. A medida que avanza la monopolización las decisiones alimentarias no solo las realiza un reducido número de empresas, sino que en última instancia son los miembros de las empresas más grandes, incluidos sus equipos directivos, consejos de administración y accionistas quienes toman esas decisiones: qué alimentos producir, cómo hacerlo, dónde y por quién. Es importante resaltar que el objetivo de estos responsables es reportar las mayores ganancias posibles, lo que generalmente no está en línea con el bienestar de la población.

Después de examinar en las líneas anteriores cómo el neoliberalismo y sus políticas globales han contribuido a las crisis de salud, es importante explorar las respuestas de las instituciones multilaterales a este problema, en particular el papel de la OMS en este contexto. Aunque se podría esperar que una agencia de la ONU ofrezca soluciones alternativas, se argumenta que la OMS adopta una perspectiva y propone estrategias que armonizan con las políticas neoliberales que han contribuido a crear el problema de la obesidad en primer lugar. Se revisa el papel de la OMS en la salud mundial para luego avanzar en la discusión de cómo influyen los intereses comerciales tanto en las políticas de salud como en los discursos de la OMS sobre la obesidad.

2.4. La OMS en la lucha contra la obesidad

2.4.1. Transformación neoliberal de la OMS: de la salud como derecho a la salud como negocio

En el contexto de la posguerra, los países europeos y Estados Unidos, siendo las potencias económicas dominantes, veían a las regiones de África, Asia y América Latina (en proceso de descolonización) como fuente de materias primas y mercados emergentes para sus industrias. Las políticas de salud internacional buscaron mejorar la situación de esas regiones como parte de una estrategia de integración económica y geopolítica más amplia. Se creó en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una respuesta a las necesidades de salud mundiales, pero también para facilitar la integración de estas naciones en el orden económico de posguerra (Packard 2016; Lee 2014).

La salud internacional abordaba el estudio de la salud pública y las enfermedades en el contexto de las relaciones internacionales, la política y el comercio. Consideraba en su análisis las interacciones entre gobiernos de naciones soberanas, y entre sus correspondientes sistemas de salud con las organizaciones internacionales. Además, se consideraba cómo estas interacciones podían influir en la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo (Brown et al. 2006; Packard 2016).

Este enfoque inicial de la OMS, centrado en los determinantes sociales de la salud, estaba en consonancia con la construcción de Estados de bienestar y las políticas desarrollistas en el tercer mundo. La Carta fundacional de la OMS se comprometía a: actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de salud a nivel internacional; establecer colaboración con otras organizaciones y gobiernos para fortalecer los servicios de salud; proporcionar ayuda técnica y cooperación en casos de emergencia; proveer servicios de salud a grupos especiales, estimular y adelantar labores para suprimir enfermedades; así como promover la cooperación entre agrupaciones científicas y profesionales para mejorar la salud, entre otras funciones. (OMS, 1972).

La OMS adoptó un enfoque de salud que abordaba las enfermedades en relación con las carencias socioeconómicas y ambientales que afectan a las poblaciones. Promovía la salud como un derecho humano y priorizaba, la construcción de sistemas de salud, atención primaria

universal y la mejora continua de los determinantes sociales de la salud como elementos indispensables para mejorar la situación de lugares azotados por las enfermedades (Brown et al. 2006; Packard 2016). Este enfoque tenía como meta lograr “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1972, p. 1). Esta perspectiva contrasta con los enfoques actuales de la organización, más cercanos a modelos de salud de micromercado.

Después de un breve periodo, a finales de 1950 los esfuerzos regresaron a enfoques más técnicos y biomédicos. Esto se debió, en parte, a que los líderes mundiales tuvieron que enfrentar crisis inmediatas, como epidemias y escasez de alimentos en Europa y Asia, que requerían respuestas rápidas y no podían depender de los resultados a largo plazo de políticas más integrales. Al mismo tiempo, las nuevas tecnologías surgidas tras la guerra prometían mejoras en salud y bienestar social, sin la necesidad de implementar reformas sociales y económicas más profundas. Estas soluciones biotecnológicas fueron mejor recibidas por políticos de derecha, que miraban con recelo el gasto social. Otro aspecto importante es que las tensiones entre Estados Unidos y la Unión Soviética convirtieron los programas de asistencia técnicas en instrumentos geopolíticos (Packard, 2016).

Hacia finales de la década de 1970, el movimiento de atención primaria de salud cobró nuevo impulso, como resultado de un largo proceso de cambio intelectual e ideológico tanto dentro como fuera de la OMS. Esta revitalización surgió, en parte, debido a los fracasos de programas técnicos como el Programa Mundial de Erradicación de la Malaria en la década de 1960, que generaron críticas hacia la medicina biomédica moderna marcando un punto de inflexión en el enfoque hacia la salud global (Packard, 2016).

En 1978, impulsada por la iniciativa de la Unión Soviética, se celebró en Kazajstán la Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud, con la asistencia de representantes de 134 países. Esta conferencia culminó en la Declaración de Alma-Ata², un documento que deli-

²Puntos destacados de la Declaración de Alma-Ata: (I) La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. (II) La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países. (III) El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo. (IV) Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. (V) La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.

neaba los principios sobre la Atención Primaria Universal. Estos estaban destinados a orientar a las naciones en la reestructuración de sus sistemas de salud hacia la provisión de atención primaria de salud para todos sus ciudadanos, reafirmando así el compromiso original de la OMS con una definición amplia de la salud. Sin embargo, apenas un año después, en 1979, Estados Unidos se opuso a los acuerdos de Alma-Ata y organizó la Conferencia de Bellagio en Italia. Dirigida por la OMS y patrocinada por la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial, la reunión de Bellagio propuso un enfoque alternativo: la Atención Primaria Selectiva, centrada en intervenciones de bajo costo, alcance limitado y fácil evaluación, dejando a un lado los determinantes sociales de la salud (Brown et al. 2006; Packard 2016).

Aunque los conceptos de Atención Primaria Universal y Atención Primaria Selectiva comparten preocupaciones, sus diferencias son irreconciliables. Mientras que la primera intenta por medio del Estado dotar a los individuos de tratamiento médico sin importar su capacidad de pago, la segunda prioriza la rentabilidad como objetivo primordial. Con el posterior ascenso del neoliberalismo la política de salud abandonó definitivamente el camino trazado en Alma-Ata para conducir las políticas de salud global por la vía del mercado.

La recesión mundial de la década de 1980, junto con la imposición de políticas económicas neoliberales por los gobiernos de Estados Unidos e Inglaterra y entidades como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial del Comercio (OMC), marcó el fin del Estado de bienestar y el Estado desarrollista, y el surgimiento de nuevos actores y enfoques sobre el desarrollo. La exigencia de reducir el gasto público como parte de los préstamos de ajuste estructural resultó en agresivos recortes en servicios de salud, educación y otros programas sociales, afectando desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables. La promoción de la privatización en el sector de la salud incrementó la dependencia de servicios de salud privados inaccesibles para las poblaciones de bajos ingresos (Schrecker and Bamba 2015; Sparke 2016; Navarro 2009).

Además de los gobiernos nacionales otras instituciones de la ONU, en particular la OMS, recibieron una fuerte influencia del neoliberalismo, aunque la adopción de esas ideas no fue absoluta ni inmediata; más bien obedeció a un oscuro proceso de coerción financiera y resistencias al interior de la propia OMS. En la década de 1980 los compromisos materiales e ideológicos de la OMS, que hasta ese momento defendían la atención primaria universal, entraron en conflicto con los intereses de los gobiernos neoliberales que financiaban a la OMS.

Estos últimos preferían políticas que promovieran el libre mercado, enfocadas en el crecimiento económico y la rentabilidad (Chorev 2013; Packard 2016).

Como resultado, la OMS se vio envuelta en una serie de presiones que lo empujaron a diferentes crisis: financiera, de autoridad y de legitimidad que fueron clave para su transformación neoliberal (Chorev, 2013). Para comprender el alcance de la crisis financiera debemos considerar que la OMS cuenta con una estructura jerárquica de tres niveles, compuesta por la Asamblea de la Salud, el Consejo Ejecutivo y una Secretaría liderada por un director general. La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) es el foro anual en el que los representantes de los distintos países se reúnen para discutir y formular políticas (Lee, 2014). Es un lugar de dialogo y debate entre representantes de los Estados miembros de las naciones unidas y, por lo tanto, un espacio que privilegia las decisiones democráticas sobre la salud global.

Los Estados miembros contribuyen al presupuesto de la OMS en función de su capacidad de pago, lo que se conoce como financiamiento ordinario. Esto genera así una dependencia de la organización a un pequeño grupo de países ricos, y sobre todo de Estados Unidos. La AMS dominada en número por los países en desarrollo, tiene control sobre este tipo de financiamiento. Pero al no estar satisfecho con el enfoque del desarrollo social, Estados Unidos seguido de otras naciones aliadas redujeron su financiamiento en 1985 poniendo en juego la existencia de la OMS.

Paralelamente, con una organización debilitada y necesitada de recursos, fundaciones privadas y otras organizaciones no gubernamentales ampliaron su participación en el financiamiento de la OMS conocido como financiamiento extraordinario. Sin embargo, estos recursos están condicionados: únicamente los donantes tienen autoridad sobre estos recursos, lo que incrementó su influencia dentro de la organización, mientras que debilitó la posición de los países en desarrollo (Chorev 2013; Packard 2016).

La participación del Banco Mundial en programas de salud pública generó una crisis de autoridad al convertirse en competidor para la OMS en el ámbito sanitario. Su agenda de salud global tenía un enfoque neoliberal centrado en el crecimiento económico y relegaba la asequibilidad y necesidad de la población a segundo plano. Las consecuencias fueron mayúsculas: las enfermedades se ligaron con la productividad y crecimiento económico, y se reconfiguraron como problemas de estilos de vida (Chorev 2013; Navarro 2009). Se puede resumir la

nueva racionalidad en tres ejes:

1. Reducir la participación pública en la prestación de servicios sanitarios.
2. La recuperación parcial de los costos de los servicios sanitarios públicos mediante el cobro de tarifas a los usuarios.
3. Recurrir al mercado para financiar y prestar la atención sanitaria y privatizar en parte los servicios sanitarios públicos.

Finalmente, a finales de los noventa la OMS adoptó los principios neoliberales transformando así la naturaleza de sus políticas de salud: dejó de ver la Salud bajo óptica del desarrollo social y la equidad, para mirar a través de los lentes de la rentabilidad y el crecimiento económico. Actualmente la OMS es una organización con menos poder y autonomía, que debe armonizar sus recomendaciones de política y evitar entrar en conflicto con los donantes que contribuyen a su financiamiento. Esto se muestra en la siguiente sección.

2.4.2. La OMS en la era del filantrocapitalismo

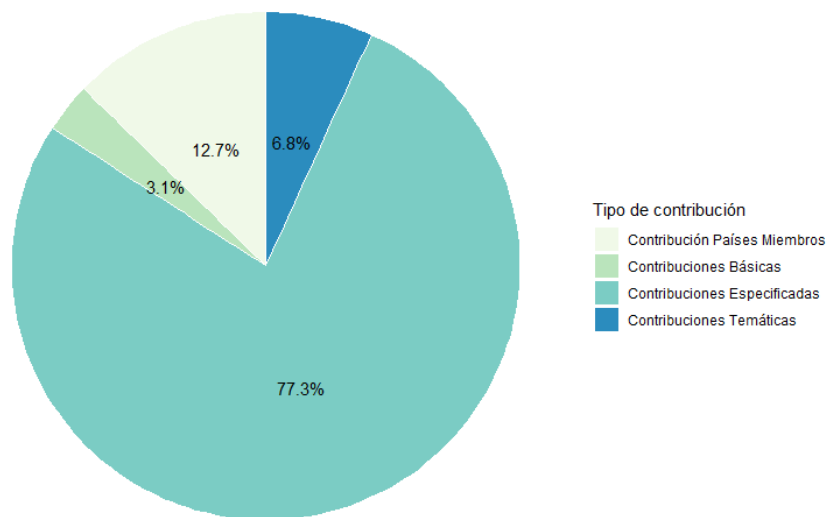
Desde finales de los noventa y posteriormente a su reconversión neoliberal, la OMS ha aumentado su dependencia de asociaciones público-privadas para su financiamiento (y su existencia). Este cambio ha intensificado la influencia de los intereses comerciales en la formulación de políticas de salud pública a nivel global. Este nuevo paradigma de la salud global, refleja en sus prácticas e ideas las preocupaciones de los países y organizaciones donantes del Norte Global sobre como debe conducirse la ayuda para el desarrollo.

Este modelo ha permitido que las políticas se adapten más a los intereses comerciales de los donantes que a las necesidades de salud pública. Las asociaciones público privadas, a través de organismos multilaterales como la OMS, legitiman la participación de las empresas en la agenda de salud pública, a pesar de evidentes conflictos de intereses. La OMS, influida por el neoliberalismo, se adaptó a los tiempos, promoviendo programas que favorecían el crecimiento económico y pasando del cuidado primario de la salud a soluciones impulsadas por el mercado (Chorev 2013; Packard 2016) .

Las contribuciones anuales proporcionadas por los estados miembros, cuyo uso estaba sujeto al proceso democrático de discusión y acuerdos dentro de la AMS, han perdido relevancia dentro del actual esquema de financiamiento de la OMS al cubrir menos del 15% del presupuesto total, mientras que los donantes privados contribuyen con más del 70% del financiamiento de la organización (Gráfica 2.1). Las preocupaciones de los donantes sobre la ineficacia de las agencias existentes de la ONU derivó en la creación de nuevas organizaciones y la participación de fundaciones privadas.

Los donantes, que han incrementado su relevancia frente a los gobiernos nacionales, han logrado evadir la AMS por medio de una estrategia de contribuciones voluntarias. Esta táctica les permite asignar fondos directamente sin la mediación de la AMS, otorgándoles una mayor capacidad de decisión, sobre cómo y dónde se gastan los recursos, ya que predefinen las áreas programáticas y/o zonas geográficas específicas y deben gastarse dentro de un marco de tiempo específico.

Figura 2.1: Financiamiento de la OMS por tipo de contribuyente



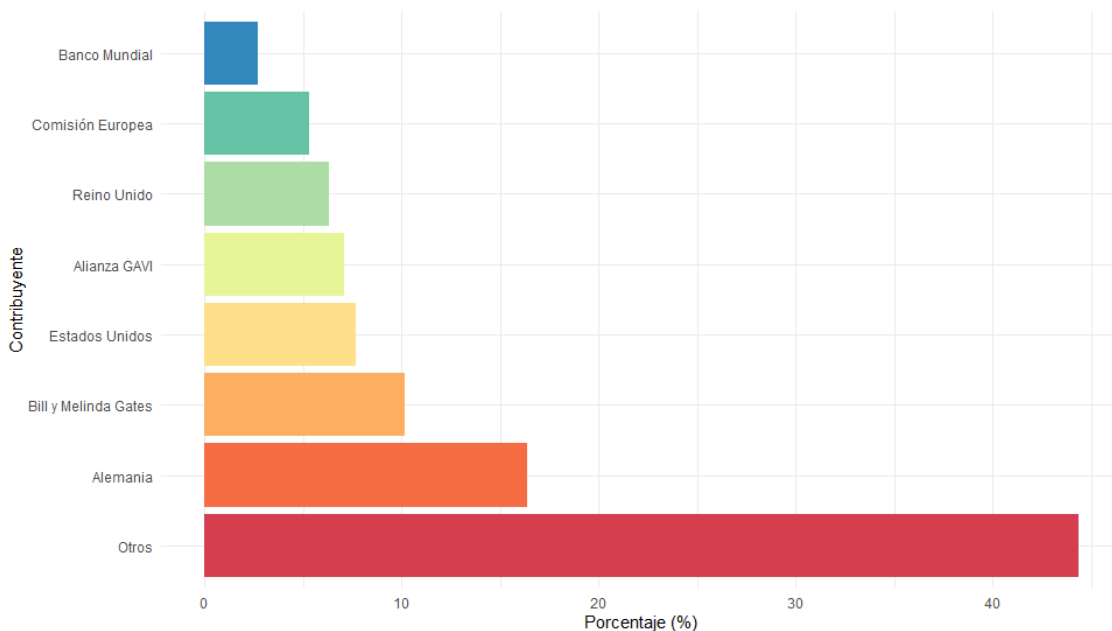
Fuente:Elaboración propia con datos de la OMS

Dentro de los principales donantes a la OMS se encuentran poderosas fundaciones filantrópicas. Las empresas (accionistas y consejeros) al realizar donaciones a organizaciones supuestamente benéficas reducen el monto de dinero sobre el cual se pagan impuestos disminuyendo

la tributación al gobierno. Esos recursos que no ingresan a las arcas del gobierno se dirigen a fundaciones filantrópicas. Sumas millonarias van a parar a estas entidades privadas que disponen libremente de esos recursos y que además suelen estar presididas por los mismos propietarios de grandes empresas (Birn 2014; Packard 2016). Esto explica porque en los últimos años se ha incrementado la cantidad de multimillonarios involucrados en la filantropía.

Actualmente, la fundación filantrópica más influyente en el campo de la salud es la Fundación Bill y Melinda Gates. Entre 2020-2021 la OMS recibió \$592,277,000 de dólares en contribuciones provenientes de dicha fundación, un monto que aparejó e incluso superó las aportaciones de algunas potencias económicas como Estados Unidos y Reino Unido y organismos internacionales como la Comisión Europea y el Banco Mundial (Gráfica 2.2). Sin embargo, el 100 % de esos fondos fueron contribuciones específicas, de modo que la OMS recibió fondos, pero no tuvo autonomía para determinar su destino, ya que su uso estaba predefinido. El dinamismo de la Fundación Gates ha dado forma al panorama de la salud global en el siglo XXI al promover soluciones tecnológicas basadas en evidencia para problemas de salud, mientras presta poca atención al desarrollo de servicios básicos de salud y a los determinantes sociales de la salud.

Figura 2.2: Estructura de las contribuciones voluntarias especificadas



Fuente:Elaboración propia con datos de la OMS

Los Gates tienen un amplio portafolio de inversiones en farmacéuticas como Pfizer, Merck, Novartis y Sanofi, algunas de las cuales participan en las campañas de vacunación implementadas por la misma OMS. Además, desde 2006 los Gates crearon el Fideicomiso de la Fundación Bill y Melinda Gates con la finalidad de ampliar su portafolio de inversiones. Los recursos se destinaron a Berkshire Hathaway, una empresa de gestión de acciones que invierte en diversos sectores, como videojuegos, comercio en línea, telecomunicaciones, agroalimentos y petróleo.

Esta situación es preocupante para la gobernanza democrática de la salud mundial y la independencia científica (Birn, 2014). Es importante e inquietante que, al controlar el financiamiento, los multimillonarios a través de sus fundaciones adquieren una influencia desproporcionada en la toma de decisiones sobre en dónde, cuándo, cuánto y para quién se formulan las políticas de salud. Esto se materializa en campañas e investigaciones que únicamente se alinean con sus intereses. De esta manera ocurre una redistribución del poder que reduce la capacidad de los Estados para tomar decisiones en materia de salud, al mismo tiempo que limita la autonomía de la OMS para hacer frente a la diversidad de problemas sanitarios que aquejan en diferentes partes del mundo.

Además, las fundaciones no se adhieren a ningún mecanismo público de rendición de cuentas. A diferencia de las entidades gubernamentales que están sujetas a la supervisión pública, las organizaciones filantrópicas privadas solo son responsables ante sus propios consejos de administración elegidos internamente, y la toma de decisiones recae sobre unos pocos ejecutivos (Birn, 2014). Por lo tanto, es válido cuestionar este modelo de filantropía sanitaria mundial. Aunque el gobierno no es perfecto, el dinero probablemente se distribuiría de una manera más justa que si se deja el control absoluto en manos de unos pocos.

2.5. La OMS y la medicalización de la obesidad

Desde sus inicios, la ideología, prácticas y políticas de salud de la OMS han estado influenciadas por intereses comerciales que adoptan la forma de fundaciones filantrópicas. Birn (2014) ha descrito cómo la Fundación Rockefeller contribuyó a la creación de la salud internacional mediante la financiación de instituciones de salud y elaboración de programas en diferentes partes del mundo, así como también la formación del personal de salud en universidades

estadounidenses. Estos enfoques se caracterizan por: una organización desde arriba controlada por los donantes; una comprensión tecnobiológica de las enfermedades y su tratamiento; una delimitación específica geográfica, temporal y por enfermedad para cada intervención; implementación a cargo de profesionales cuya formación es compatible con los intereses de los donantes (Birn 2014; Baru and Mohan 2018).

La OMS ha operado siguiendo enfoques biomédicos centrados en la tecnología, lo cual ha tendido a pasar por alto los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud. Como se mencionó anteriormente, aunque, a mediados de los setenta, con la promoción de la atención primaria universal, la OMS expresó la voluntad de avanzar por el camino de la medicina social, su enfoque siempre estuvo delimitado por intereses políticos y económicos más amplios, que lo enmarcaron en un enfoque biomédico y criterios técnicos (Chorev, 2013). La organización se involucró en enfermedades como la malaria y la viruela. Sin embargo, también evitó embarcarse en enfermedades que fueran demasiado complejas, costosas y tardadas de combatir, prefiriendo en su lugar campañas de corto plazo, con costos reducidos y fácil evaluación (Chorev 2013; Packard 2016) .

La obesidad ocupó un lugar destacado en la agenda de la OMS hasta la década de los dos mil. Esto se explica porque años previos las tasas de obesidad se mantuvieron bajas salvo en algunas países occidentales. Pero también porque las características de la obesidad la convierten en un padecimiento que difícilmente se ajusta a los criterios con los que en el pasado se manejó la organización. Sin embargo, en la década de los noventa la OMS comenzó a discutir continuamente el rápido aumento de la obesidad que se observaba en todo el mundo (James, 2008). Al hacerlo contribuyó a establecer un conjunto de categorías, normas de peso y discursos que han sobrepasado al ámbito médico dando forma al sentido común en torno a la obesidad.

La gordura, contrario a lo que puede percibirse hoy en día, no es por naturaleza una enfermedad ni un problema de salud pública. De hecho, “la idea de que la gordura fuese en sí misma una enfermedad y que el profesional al que debía acudir para adelgazar era el médico, se gestó apenas a finales del siglo XIX” (Sánchez, 2022, p. 183), pero esa idea se ha globalizado hacia finales del siglo XX. El documento de la OMS “Obesity: preventing and managing the global epidemic” contribuyó a ello. Definió a la obesidad como una enfermedad contribuyendo a su medicalización y estableció una conexión entre la obesidad, la productividad laboral y el

crecimiento económico. Argumentó que la obesidad no solo propicia enfermedades mortales, sino que además es una carga económica para la sociedad (OMS, 2000).

Desde ese momento la OMS acepta una categorización con base en el IMC para un diagnóstico rápido y a bajo costo de la obesidad. Aunque el índice permite diagnosticar a grupos de población en riesgo y realizar comparaciones, la definición de las categorías de la obesidad es problemática. El concepto del tamaño del cuerpo humano y en particular las categorías definidas por el IMC se han convertido en sinónimo de una enfermedad, no a través de investigaciones científicas imparciales, sino como resultado de los esfuerzos de poderosos intereses comerciales (Flegal 2021; James 2008).

La utilización del IMC en relación con la obesidad tiene sus orígenes en 1943, cuando en el sector de los seguros de vida la aseguradora MetLife utilizó un indicador basado en la estatura y el peso corporal (distinto al IMC) para evaluar el riesgo de inversión. Estas tablas, influenciadas más por consideraciones de riesgo financiero que por preocupaciones médicas, establecieron un vínculo entre el peso y la estatura de las personas con el deterioro de la salud, contribuyendo así a una percepción de la gordura como un factor de riesgo. En las décadas de 1960 y 1970, la popularización de estas tablas fue decisiva en la construcción de los pesos ideales como norma social, lo que refleja cómo las percepciones sobre el cuerpo y la salud han sido moldeadas por intereses comerciales y no necesariamente por evidencia médica objetiva (Sánchez 2022; Flegal 2021; Campos 2004).

Este enfoque comercial se reforzó en la década de 1980 cuando, ante la complejidad de métodos más invasivos y costosos para medir la adiposidad de las personas de manera directa, el IMC se posicionó como uno de los mejores indicadores indirectos. En 1980 en el seno de la práctica médica surgió una categorización arbitraria de la obesidad con la finalidad de hacer más práctico el tratamiento de la obesidad dentro de los hospitales. Planteaba, solo por conveniencia práctica, los siguientes grados de obesidad: Grado I, con un IMC de 25-29.9; Grado II, con un IMC de 30-40; y Grado III, con un IMC superior a 40 (Flegal, 2021). En consecuencia, a pesar de no ser un indicador de adiposidad, comenzó a utilizarse de manera progresiva como una medida imperfecta de la gordura .

Sin embargo, esta visión contrasta con los hallazgos históricos en la investigación sobre obesidad y enfermedades cardiovasculares. Los Estudios de los Siete Países ³, dirigidos por Ancel Keys en 1980, mostraron que no existe una correlación directa entre la obesidad y las muertes por enfermedades cardiovasculares. Además, el enfoque en la dieta y el colesterol, como lo demuestran las estrategias de Geoffrey Rose y Henry Blackburn, destaca que el problema no es el tamaño del cuerpo en si, sino factores dietéticos específicos como el colesterol y las grasas (Sánchez 2022; James 2008). Este enfoque contradice la simplificación que comúnmente se hace al usar el IMC como el principal indicador de riesgos para la salud asociados con la obesidad.

Es a partir de 1985 que los Institutos Nacionales de Salud (agencia de biomedicina del gobierno de los Estados Unidos) introdujeron al discurso académico y público una definición de la obesidad basadas en el IMC. Las preocupaciones más que de salud, eran comerciales ya que como menciona Flegal (2021) “La escasa preocupación médica por la obesidad se consideraba un obstáculo para una mayor aceptación del uso de medicamentos para perder peso.” Se trataba de un esfuerzo por crear un mercado con un enorme potencial de ganancias.

La industria farmacéutica necesita apoyar la idea de la obesidad como una enfermedad epidémica para justificar el uso cosmético de estos medicamentos dietéticos. La noción de enfermedad crónica y generalizada, permite a las empresas farmacéuticas argumentar que estos medicamentos son necesarios para tratar una enfermedad, a pesar de sus riesgos (Campos 2004; Oliver 2006). Según una nota de investigación del banco Barclays publicada en abril del 2023, el mercado de fármacos para adelgazar rondará los cien mil millones de dólares en 2030, y se prevé que esa cifra se duplique durante esa misma década.

La industria farmacéutica ha dado pasos concretos para construir ese mercado promoviendo la obesidad en el discurso y la práctica como una enfermedad. La obesidad que se había vuelto un problema de salud entre los especialistas en el mundo occidental y al mismo tiempo una oportunidad de negocios no era un tema prioritario para muchos gobiernos nacionales que lo consideraban un tema más relacionado con la abundancia de los países desarrollados que con la pobreza. Para cambiar esta situación, se creó la International Obesity TaskForce (IOTF) actualmente llamado World Obesity Federation. Esta recibe financiamiento de enormes farmacéuticas como Novo Nordisk, Pfizer, Lilly, Medtronic, Johnson & Johnson, Rhythm

³El estudio consiste en un análisis comparativo sobre enfermedades cardiovasculares en Japón, Finlandia, Holanda, EUA, Italia, Grecia y la ex Yugoslavia.

Pharmaceutical, Vivus, IFA , Boehringer Ingelheim y Wellcome Trust y también ha recibido fondos de la Unión Europea.

A pesar de una imagen pública de *think tank* independiente, la IOTF es caracterizada como una de las entidades pseudocientíficas patrocinadas por la industria farmacéutica, que tiene un rol significativo en la promoción de esta perspectiva (Moynihan, 2006). El papel de la IOTF es doble. Por un lado, contribuye a la promoción y legitimación de la idea de que la obesidad es una enfermedad grave y una amenaza para la salud pública. Esto se hace a través de su influencia en la política de salud y su participación en debates y foros científicos. Por otro lado, la IOTF también apoya a los expertos de la industria que testifican ante paneles gubernamentales y hacen lobby ante agencias gubernamentales para promover un enfoque particular sobre la obesidad y sus curas (Oliver, 2006).

La IOTF se estableció con el propósito de impulsar una narrativa convincente, a través de la OMS, que presentara la obesidad como un problema urgente de salud pública, tan peligroso que los gobiernos nacionales no podían ignorarlo por más tiempo. A pesar de la inicial resistencia de la OMS, las presiones ejercidas por la IOTF tuvieron éxito y se logró llevar a cabo una consulta especial en la sede de la OMS en Ginebra en 1997. Durante esta reunión, el borrador presentado por la IOTF se adoptó como base de trabajo. Aunque algunos funcionarios de la OMS sugirieron incluir el azúcar como factor contribuyente a la obesidad, el grupo de trabajo de la IOTF descartó la idea bajo la excusa de que la evidencia disponible en ese momento era insuficiente (James 2008; Flegal 2021).

Esto no impidió que en 1998 la OMS publicara “Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic”. En este documento, términos como Índice de Masa Corporal, Obesidad, enfermedad, factor de riesgo y epidemia global se incorporaron al discurso público y político, formando parte de una nueva narrativa global sobre la obesidad. La construcción de la obesidad como epidemia es importante para generar un mercado. Al aceptar esta definición se generó una percepción de gravedad que ha justificado hasta la actualidad el desarrollo de tratamientos, entre los que se encuentran los fármacos. También estableció un marco moral que considera éticamente correcto proveer una cura (Boero 2012; Campos 2004).

Además, la declaración de la obesidad como enfermedad se sustenta, a su vez, en un enfoque utilitario, que involucra únicamente un análisis de los posibles costos y perjuicios a

consecuencia de medicalizar la obesidad (Kyle et al., 2016). Esta influencia pone en evidencia que la clasificación de la obesidad como una enfermedad por parte de la OMS y la IOTF no se basó únicamente en criterios científicos rigurosos, sino que también incorporó elementos políticos y sociales.

La OMS ha sido una herramienta fundamental para que la industria avance una agenda de salud global marcada por la guerra contra la obesidad (Campos, 2004). La OMS tiene una fuerte influencia ideológica por su reconocida autoridad en temas de salud y su capacidad para proponer soluciones basadas en la ciencia y difusión de informes de investigación repletos de datos y análisis de tendencias de salud. Esto le ha otorgado una considerable credibilidad y legitimidad a la visión de la obesidad promovida por la IOTF (James 2008; Kurzer and Cooper 2011). La influencia de esta industria se ha institucionalizado a través de la World Health Organization Obesity Task Force, donde participan numerosos profesionales que tienen vínculos con la industria de la pérdida de peso, reforzando intereses comerciales de particulares (Campos, 2004).

La relación entre la IOTF y la OMS ha sido crucial en la conformación de políticas de salud en diferentes países del mundo, reflejando una dinámica de influencia de arriba hacia abajo. Kurzer and Cooper (2011) sostiene que sin el apoyo y la experiencia de la OMS, habría sido un desafío considerable para los funcionarios de la Comisión Europea desarrollar y promover un proyecto de salud pública convincente y bien fundamentado en estadísticas pertinentes con capacidad de generar consenso. También, desde hace más de dos décadas la IOTF se ha relacionado con la Organización Panamericana de la Salud (James, 2008).

La influencia de filantropías y también de *lobbies* empresariales sobre los gobiernos nacionales están asediando cada vez más a la OMS. Los grupos de presión, pueden anular las opiniones de los expertos con el fin de poner en peligro los intereses comerciales de sus industrias nacionales (Nestle, 2019). Por ejemplo, en Estados Unidos, país miembro más poderosos e influyente dentro del esquema de Naciones Unidas, entre 1999 y 2018, la industria farmacéutica registró \$4.7 mil millones en gastos de cabildeo a nivel federal, lo que equivale a un promedio de \$233 millones por año, más que cualquier otra industria (Wouters, 2020).

En este contexto, se observa cómo las estrategias para combatir la obesidad se inclinan hacia soluciones que benefician a la industria, como la promoción de fármacos y cirugías bariátricas

(Boero 2012; Campos 2004), en lugar de abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud que requieren un enfoque más integral. El caso de la cirugía bariátrica ilustra la problemática de definir la salud siguiendo intereses económicos. A diferencia de otras cirugías que tratan órganos enfermos, la cirugía bariátrica altera órganos completamente sanos del sistema digestivo (Oliver, 2006).

Este análisis crítico nos lleva a cuestionar la naturaleza de las Epidemias Posmodernas, como la describe Sánchez (2022), donde términos como “epidemia” se utilizan para apropiarse de las connotaciones negativas asociadas tradicionalmente con el contagio y la impureza, generando un pánico moral. Esta narrativa presenta a las personas gordas y obesas como responsables de su propia condición, derivado de conductas irresponsables y falta de autocontrol, en lugar de cuestionar e inclusive ocultar la responsabilidad de otros actores sociales en el desarrollo del fenómeno de la obesidad.

La guerra contra la obesidad, tan promocionada en las últimas décadas, no ha logrado mejorar la salud pública, pero si ha servido para legitimar una narrativa que culpa a las personas y exime a las empresas de llenarse los bolsillos vendiendo alimentos que no son sanos. Mientras tanto las personas son culpadas y se les aconseja a remediar su situación a través de una gama de opciones ideales ofrecidas por el mercado que incluyen, la dieta estricta y ejercicio físico, la comercialización de fármacos e intervenciones quirúrgicas, cuyos efectos a nivel poblacional se encuentran en entredicho, pero son altamente rentables y que se idealizan difunden por medio de los estilos de vida saludables.

Guthman (2021) ha resumido esta situación afirmando que el capitalismo ha contribuido a crear la obesidad como un fenómeno material y luego la ha convertido en un problema moral que debe resolverse de una manera igualmente amable con el capitalismo. De modo que, este discurso presenta la obesidad como una epidemia y una crisis de salud pública, mientras que en la práctica se aborda como un problema y una responsabilidad personal del paciente-consumidor obeso.

2.6. Consideraciones finales

Este capítulo examinó la respuesta de la OMS al desafío global de la obesidad, utilizando el concepto de neoliberalismo como herramienta analítica clave. Se identificó al neoliberalismo como un fenómeno complejo y en evolución que tiene repercusiones tangibles y directas sobre la vida de las personas, independientemente de que sean o no sean conscientes de cómo los procesos neoliberales han configurado la sociedad en la que viven. Dentro de las consecuencias tangibles se encuentran la obesidad, una mala alimentación y una atención sanitaria excluyente.

Las vías por las cuales se vincula el neoliberalismo con estos resultados son diversas. En primer lugar, ha desmantelado las redes de protección social y con ello privatizado los servicios de salud, convirtiendo a personas en situación de vulnerabilidad y enfermedad en consumidores, priorizando las ganancias por encima de otras preocupaciones (Navarro 2020; Sparke 2016). En segundo lugar, se han deteriorado los determinantes sociales de la salud; la globalización y la búsqueda constante por reducir los costos laborales han aumentado la desigualdad social y la inseguridad económica, que en conjunto con la austeridad gubernamental han perjudicado las condiciones de vida de las personas (Labonté and Stuckler 2016; Schrecker and Bamba 2015).

En tercer lugar, resulta cada vez más evidente la disparidad en términos de poder político y capacidad de elección entre las empresas y las clases más acomodadas respecto de la población en general, limitando la posibilidad de una mayor justicia social. Finalmente, el capital agroalimentario ha sostenido sus ganancias mediante la venta de alimentos ultraprocesados publicitados como saludables, mientras que el Estado ha sido reconfigurado para proteger esas libertades (Monteiro and Cannon 2019; Otero 2018).

Para entender los cambios en las prioridades de la OMS como resultado de las presiones económicas y políticas relacionadas con el neoliberalismo se adoptó una perspectiva histórica. El análisis reveló cómo las políticas de salud pública son el resultado de una lucha constante de intereses económicos y de poder, en el que empresas y capitalistas condicionan la agenda de salud global.

En particular, las prioridades de la OMS han cambiado debido a las influencias del neoliberalismo. Décadas atrás, en la declaración de Alma-Ata por ejemplo, promovía la atención para todos y la mejora de los determinantes sociales de la salud, pero la dependencia de financiamiento en países ricos y ahora la participación de entidades privadas han alterado ese enfoque. Se ha producido, desde finales de los años noventa, un cambio hacia la mercantilización de la salud y una mayor armonización de las políticas de salud con los intereses comerciales de sus principales donantes (Brown et al. 2006; Chorev 2013; Birn 2014). Este cambio se refleja también en un Estado neoliberal orientado a proteger el crecimiento económico, favoreciendo a entidades privadas y organizaciones no gubernamentales.

La respuesta de la OMS a la obesidad, en el contexto del neoliberalismo revela algunas limitaciones y desafíos importantes. Primero, la adopción de un enfoque biomédico y tecnológico para abordar la obesidad, en gran medida implantado por los donantes, ha relegado políticas integrales orientadas a los determinantes sociales y económicos de la salud. Segundo, la medicalización de la obesidad ha llevado a culpar a las personas afectadas por asumir un estilo de vida irresponsable, ignorando el papel de factores estructurales. En tercer lugar, se observa una notable aceptación de soluciones de mercado para la obesidad, como medicamentos para adelgazar y cirugías bariátricas. Aunque estas intervenciones pueden tener efectos positivos a nivel individual, no abordan las causas subyacentes a nivel poblacional.

Las industrias de la pérdida de peso y alimentaria tienen interés en mantener el discurso de la obesidad como una enfermedad y en promover la responsabilidad individual. Esto les permite aumentar la demanda de sus productos y reducir las resistencias a sus prácticas comerciales (Moynihan 2006; Campos 2004; Boero 2012). Las fundaciones filantrópicas, con sus enormes recursos, juegan un papel importante al financiar investigaciones y programas que apoyan enfoques biomédicos, beneficiándose de la patentización y privatización de las ganancias (Birn, 2014). Estos actores, han empleado su poder para bloquear enfoques holísticos y basados en los determinantes sociales de la salud propuestos por la OMS, favoreciendo visiones más alineadas con sus propios intereses.

La OMS es una organización que ha perdido parte de su autonomía. Ahora, al igual que en el pasado, es un escenario de intensas luchas económicas y de poder. Continúa siendo una organización influyente con representación de gobiernos nacionales, pero su influencia se ve disminuida por el creciente poder de otros actores privados que participan en la arena de

la salud global (McInnes et al., 2019). Las empresas y ONGs, han encontrado en la OMS una herramienta para legitimar y generar consenso en torno a políticas de salud específicas. De esta manera, se rentabilizan estas políticas al construir y explotar micromercados, aprovechando la credibilidad y la autoridad que la OMS aporta en el ámbito de la salud pública global. Este fenómeno ilustra cómo la dinámica de poder y los intereses económicos pueden influir y determinar la agenda de salud pública de una organización internacional que debería estar al margen de tales influencias.

Hacer frente al desafío de la obesidad requiere de gobiernos y procesos mejor informados y más democráticos que basados en perspectivas multidisciplinarias guíen acciones holísticas. Se requiere también de empresas socialmente responsables, y ciudadanos mejor informados dispuestos a presionar para exigir mejores regulaciones y protecciones sociales. Sin embargo, los pasos dados en los últimos años han debilitado los procesos democráticos y concentrado el poder de decisión en los donantes.

La tarea de retomar la democracia en las agencias del multilateralismo es solo un paso adelante, pero que enfrenta enormes desafíos. Si la organización adopta una postura firme, contraria a los intereses de los donantes, es posible que los gobiernos vinculados a ellas intenten coaccionar y transformar a la OMS para que se ajuste a sus propios intereses tal y como se ha hecho en el pasado. Es una tarea desafiante y difícil que requiere abordar dinámicas complejas y evitar las narrativas reduccionistas. Seguramente el camino no será del agrado de todos los actores sociales involucrados, pero es el camino hacia una población más sana.

CAPÍTULO 3

EL PESO DE LA VERDAD: ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO EN DOCUMENTOS DE LA OMS SOBRE LA OBESIDAD

Introducción

El surgimiento y expansión de la obesidad como problema de salud global y su interpretación dentro de la esfera de las instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantean preguntas críticas sobre las formas en que entendemos y abordamos cuestiones de salud. Mientras que se ha evidenciado una preocupante prevalencia de obesidad en diversas poblaciones, lo que conduce a esta epidemia, el cómo se conceptualiza y enfrenta es objeto de intenso debate (Monaghan et al. 2022; Gard et al. 2021; Guthman 2011). A través de un Análisis Crítico del Discurso (ACD), este capítulo explora el papel de la OMS en la configuración del discurso y las políticas relacionadas con la obesidad¹.

En el ámbito de la salud pública global, la obesidad ha recibido una atención considerable desde diferentes ámbitos, tanto académicos como políticos, y mediáticos. Este fenómeno ha sido caracterizado, en numerosas ocasiones, como un suceso alarmante, equiparable a crisis económicas, catástrofes naturales e incluso conflictos bélicos (Monaghan et al., 2022). Sin em-

¹Es importante señalar que, en mi condición de hispanohablante realicé el análisis de los documentos en su versión en inglés, debido a la inexistencia de una versión en español proporcionada por la OMS. Esta circunstancia, que es una barrera idiomática, podría haber influido en mi interpretación del discurso, no obstante el análisis parte de una base teórica posestructuralista y está guiado por el ACD como método, lo que proporciona un marco sistemático para el estudio de los documentos.

bargo, más allá de las preocupaciones biomédicas se encuentra un discurso sobre la salud marcado por la ideología neoliberal (Sparke 2020; Schrecker and Bambra 2015).

La manera en que, desde ese punto de vista, se representa la obesidad y las propuestas para abordarlo, refleja unas relaciones de poder que colocan la responsabilidad individual y el autocontrol en primer plano, mientras que relegan a segundo plano determinantes económicos y sociales (Brookes 2021; Mulderrig 2019). Esto a pesar de las constantes denuncias sobre los problemas relacionados con el incremento sistemático de la desigualdad social y la concentración de riqueza, y la difuminación de los límites entre los poderes económicos y políticos a raíz de las políticas neoliberales (Piketty 2013; Stiglitz 2019).

La OMS, como principal autoridad sanitaria internacional, ha desempeñado un papel fundamental en la conformación de discursos relacionados con la “epidemia de obesidad”. Sin embargo, ¿Cómo reflejan los documentos y posturas de la OMS ideologías neoliberales, y de qué manera este enfoque se manifiesta en el uso del lenguaje y la construcción de la obesidad como una crisis y epidemia?, ¿De qué manera el documento de la OMS balancea la representación de la obesidad entre la responsabilidad individual y las intervenciones estructurales, y cómo afecta esto a las políticas y recomendaciones presentadas?

En este sentido, se considera a la OMS como un sitio discursivo donde el conocimiento, el poder y la autoridad se entrelazan para lograr el consentimiento sobre determinadas formas de pensar y conducirse frente a la obesidad. No se trata de culpar a la OMS por la obesidad en aumento, más bien se trata de eludir enfoques alarmistas, individualistas y despolitizadores que llaman a combatir el peso corporal, oscureciendo otros procesos sociales.

El capítulo busca profundizar en estas preguntas a través de un ACD de dos documentos² de la OMS relacionados con la obesidad: El primero, “Principles of prevention and management of overweight and obesity” (OMS, 2000) y el segundo, “WHO acceleration plan to stop obesity” (OMS, 2023). Estos documentos fueron seleccionados porque la comparación entre ambos permite examinar cómo ha evolucionado el entendimiento de la obesidad y las estrategias propuestas para enfrentarlo .

²Ambos documentos están únicamente en inglés, pero como el español es un idioma oficial de la OMS omitir su traducción debería considerarse inaceptable para los representantes de gobiernos hispanohablantes, especialmente en documentos de relevancia política.

El documento del año 2000 proporciona un análisis de las estrategias de prevención y manejo del sobrepeso y la obesidad, destacando elementos como la influencia del entorno social y cultural. El documento del año 2023 se centra en la urgencia de una respuesta global efectiva ante la epidemia de obesidad, mencionando la importancia de factores estructurales en la creación de entornos obesogénicos, pero al mismo tiempo muestra un discurso medicalizado que involucra a organismos empresariales asociados con el problema de obesidad.

El análisis se basa en la premisa de que el lenguaje no es un mero vehículo neutral que únicamente proporciona información objetiva, sino que es utilizado en la gestión activa del cuerpo y la obesidad. De modo que puede considerarse una herramienta con capacidad de reflejar, construir y reproducir relaciones de poder (Van-Dijk 2016; Fairclough 2013). Además de la presente introducción, la sección siguiente describe cómo la obesidad ha sido conceptualizada como una amenaza global dentro del capitalismo neoliberal. Se introduce también un marco teórico posestructuralista, centrado en el enfoque foucaultiano para analizar el poder en las prácticas discursivas relacionadas con el cuerpo y la salud. A continuación, mediante un ACD se exploran las relaciones de poder que subyacen en las narrativas sobre la obesidad y políticas anti-obesidad. Por último, se ofrecen algunos comentarios finales.

3.1. Consideraciones posestructuralistas de la obesidad

En las últimas décadas se ha producido una enorme literatura sobre la obesidad, que la conceptualiza discursivamente como una amenaza, un riesgo equiparable a las crisis económicas, el cambio climático e inclusive guerras y catástrofes históricas, alimentando la aversión a las personas gordas u obesas. Los medios de comunicación, los espacios académicos, gobiernos, instituciones internacionales y médicos insisten en presentar el mensaje de que la obesidad se está convirtiendo rápidamente en la principal amenaza a la que se enfrentan los ciudadanos del mundo, y que el creciente número de personas gordas es una crisis mundial (Monaghan et al. 2022; Gard 2021; Guthman 2011).

Este problema afecta a un número creciente de personas alrededor del mundo, por lo que en el año 2000 la OMS declaró la existencia de una epidemia de obesidad. Esto se vio acompañado de un cambio discursivo que representa la obesidad como una enfermedad costosa y persuadiendo a los gobiernos del mundo a tomar acción contra una población obesa (OMS,

2000). Esta perspectiva dominante de la obesidad ha sido fuertemente criticada por investigadores de las ciencias sociales, quienes consideran que la medicalización de la obesidad y la hegemonía del modelo de balance energético debe ser impugnada ya que contribuye a relegar a segundo plano las raíces económicas y políticas. Al mismo tiempo que responsabiliza y estigmatiza a las personas calificadas como obesas, desvía la atención lejos de otras cuestiones importantes como la distribución desigual de la riqueza y la pobreza, la explotación de clase, las practicas comerciales de las industrias alimentaria y farmacéutica (Boero 2012; O'hara and Taylor 2018; Guthman 2011; Guthman 2021; Monaghan et al. 2022).

Estas criticas han quedado circunscritas al ámbito académico, en tanto que las concepciones más individualizantes y medicalizadas se difunden y validan continuamente gracias a los Virus Retóricos. Es decir, afirmaciones y exageraciones, con un lenguaje tendencioso usado por los medios de comunicación con la finalidad de influir en el público y calificar a la obesidad como enfermedad y epidemia (Gard, 2021).

Mientras estos aspectos son criticados cada vez con mayor frecuencia, las políticas gubernamentales en diferentes partes del mundo se centran en modificar las conductas de los individuos, al promocionar estilos de vida saludables, haciendo de la educación nutricional y la concientización sobre la importancia de la dieta estricta y el ejercicio su principal arma (Guthman, 2011). En la sociedad neoliberal se enfatiza en la idea de que cada persona es responsable de su propio bienestar y éxito personal, y esto se refleja en la forma en que se habla de la obesidad (Fernández-Ramírez et al. 2012; Rail et al. 2010). Se convierte en un asunto de elecciones individuales y autocontrol, ignorando los contextos económicos y sociales más amplios. El Estado neoliberal induce al ciudadano consumidor a gestionar sus riesgos autogobernándose a sí mismo buscando transferir la responsabilidad de la salud del Estado hacia las personas, quienes a cambio de ejercer su libertad deben de autogobernarse (Brookes 2021; Mulderrig 2019).

El posestructuralismo proporciona un marco teórico que cuestiona de forma crítica los conceptos y prácticas que se dan por sentado, como evidentes y naturales, pero que son resultado de estructuras de poder que fijan su significado e importancia (Woodward et al. 2009; Gibson-Graham 2002). Esta corriente teórica cuestiona las supuestas verdades universales en torno a la obesidad que guían tanto el pensamiento humano como las políticas implementadas. Dentro de este marco, el enfoque focaultiano es particularmente relevante. Plantea que el poder se

manifiesta a través de prácticas discursivas que incluyen la producción y distribución del conocimiento que es puesto en acción para gestionar el cuerpo y la salud de las personas. Estas prácticas revelan quién detenta el poder discursivo para definir lo que se considera normal o patológico en relación con el cuerpo humano (Foucault, 2009).

La obesidad, en esta visión, es socialmente construida como una enfermedad y una epidemia (Boero 2012; Sánchez 2022); una construcción que resulta en la implementación de lo que Foucault denomina Tecnologías del Yo. Estas tecnologías implican estrategias de autorregulación, intervención médica y supervisión constante del peso y la forma corporal, alineadas con la lógica neoliberal de gobernanza y la promoción del individualismo autogestionado (Foucault, 1990).

Foucault introduce también el concepto de Regímenes de la Verdad. A partir de ese concepto, se entiende que las voces autorizadas, como científicos y médicos, tienen la autoridad para validar o refutar conocimientos sobre la obesidad dentro de un momento histórico y un contexto específico. Una vez normalizados, la obesidad como enfermedad y epidemia se tornan indiscutibles y marginalizan otras formas de saber no alineadas con el pensamiento dominante. Este último goza de posiciones de privilegio y acceso a la financiación (Woodward et al. 2009; Gibson-Graham 2002).

Resulta importante comprender cómo el poder se encarna en el cuerpo y mente de las personas en la sociedad moderna. El concepto de Biopolítica, hace referencia a la influencia y regulación estatal de la vida y los cuerpos de los ciudadanos, desde la salud hasta la reproducción. Este término destaca la extensión del poder político a la esfera de lo biológico y la vida de la población (Foucault 2009; Nadesan 2010). Por otro lado, la Gubernamentalidad se enfoca en el individuo y alude a los métodos, instituciones y normas, valores y expectativas sociales que facilitan un tipo específico de poder, dirigido a gestionar y guiar las conductas individuales (Foucault 2009; Nadesan 2010).

Al examinar el lenguaje, las estructuras retóricas y las representaciones, es posible revelar cómo estos discursos no sólo informan sobre un problema de salud, sino que también dan forma al sentido común, promueven ciertos comportamientos y, en última instancia, ejercen poder sobre la población. En ese sentido, es necesario adoptar un enfoque constructor del discurso, entendiéndolo como un conjunto de significados, metáforas, representaciones,

imágenes e historias que colectivamente generan una versión particular de los eventos. Los discursos no son únicos, en torno a cualquier objeto, evento o individuo puede haber una multitud de discursos, cada uno con una narrativa distinta y una manera única de interpretar la realidad (Burr, 1995; Brookes, 2021).

Dentro de los diferentes tipos de análisis del discurso, se retoma el Análisis Crítico del Discurso (ACD). Este busca no solo analizar y criticar la realidad social, sino también transformarla. Por lo tanto, el discurso se considera una herramienta de lucha social, un escenario en el que se manifiestan y pueden identificarse la ideología, el poder, la dominación de clase y la representación social, pero es también un espacio para las resistencias (Van-Dijk 2016; Fairclough 2013; Tenorio 2011).

El ACD se establece como una línea de investigación interdisciplinaria que tiene como objetivo examinar las estrategias mediante las cuales los grupos hegemónicos ejercen control sobre la mente y los actos de las personas, perpetuando otras formas de dominación más evidentes como la desigualdad social (Van-Dijk, 2016). En términos prácticos los discursos deben ser interpretados, evaluados y criticados en relación con las contradicciones entre lo que se afirma y lo que se observa; y se deben explicar a la luz del contexto de la realidad social más amplia que produce tales contradicciones (Fairclough, 2013).

El distintivo del ACD radica en su compromiso con la transformación social. Este enfoque se fundamenta en la premisa de que el lenguaje posee un poder de cambio, al tener la capacidad de alterar las percepciones colectivas sobre problemas sociales y la gama de estrategias que se presentan como posibles y razonables para su resolución (Van-Dijk 2016; Fairclough 2013). Según Fairclough (2013), las transformaciones en la estructura, la gestión y las prácticas pro mercado de las últimas décadas no solo fueron precedidas, sino también acompañadas y reforzadas por un discurso neoliberal que más tarde se materializó en cambios tangibles en la sociedad. Así, el ACD permite visualizar y cuestionar las narrativas que sustentan y legitiman las políticas y prácticas neoliberales que justifican la desigualdad social.

3.2. Métodos y datos

Para este estudio, se analizó inicialmente el documento titulado "Principles of prevention and management of overweight and obesity", que se encuentra en las páginas 154 a 173 de un informe más amplio resultante de la consulta sobre obesidad realizada en Ginebra, Suiza, en 1999 (OMS, 2000). Este documento es significativo debido a que representa un hito en la comprensión y el manejo de la obesidad: la Organización Mundial de la Salud (OMS) no solo reconoce a la obesidad como una enfermedad, sino también la declara como una epidemia global. Este reconocimiento implica un cambio paradigmático en la forma de abordar esta condición.

El segundo documento analizado es el plan de aceleración de la OMS para detener la obesidad, titulado "WHO Acceleration Plan to Stop Obesity". Este documento se originó a partir de los trabajos realizados en la Septuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en el año 2021. Este documento fue seleccionado por su relevancia en la formulación de políticas y estrategias globales para abordar el creciente problema de la obesidad. Publicado por la Organización Mundial de la Salud el pasado 3 de julio de 2023, plasma los conocimientos y prácticas de la autoridad sanitaria internacional para combatir la obesidad a nivel mundial, pero al mismo tiempo enmarca dentro de lo apropiado y posible, un espectro de políticas públicas al presentarlas como probadas y exitosas. Es un documento político dirigido explícitamente (en ese orden) a los gobiernos de los países, la comunidad de donantes y la sociedad en general.

El enfoque metodológico empleado es el ACD. Siguiendo a Fairclough (2015) y Van Dijk (2016) el ACD no es una metodología única, sino un enfoque multidisciplinario y diverso. Por lo tanto se sigue de cerca los trabajos de Brookes (2021) y Mulderrig (2017). Se presta especial atención a cómo el discurso sobre la obesidad en el documento de la OMS se enmarca dentro de las narrativas dominantes, las cuales han sido influenciadas por las corrientes neoliberales que consideran la obesidad como una responsabilidad individual y una amenaza para la sociedad.

El análisis identifica y examina críticamente las elecciones lingüísticas, y las representaciones utilizadas en el documento. Esto incluye el estudio de selección de palabras, adjetivos, y la construcción de sujetos y objetos en el discurso. Se prestará especial atención a cómo se confi-

guran las relaciones de poder, cómo se construye la obesidad como problema social y de salud, y cómo se promueve la autorregulación y la responsabilidad individual en el contexto de la obesidad. La interpretación de los datos seguirá un enfoque constructor del discurso, entendiendo este como un productor de significados que no solo informa sobre un problema de salud, sino que también normaliza prácticas sociales y moldea la percepción pública.

3.3. Análisis Crítico del Discurso: Principles of prevention and management of overweight and obesity

El documento inicia con un reconocimiento de la diversidad de factores que contribuyen al desarrollo de la obesidad. Esta admisión se separa de visiones más simplistas o reduccionistas de la obesidad al reconocer que fuerzas sociales y ambientales, más allá del control individual, se encuentran detrás del problema de obesidad. Sostiene que “ *it is now clear that powerful societal and environmental forces influence energy intake and expenditure, and may overwhelm the physiological regulatory mechanisms that operate to keep weight stable.*” (OMS, 2000, p. 154). Estas primeras líneas se adhieren más a una comprensión holística de la obesidad resaltando la importancia de factores estructurales.

La discusión se desplaza sutilmente hacia la responsabilidad individual cuando se utiliza la figura retórica “ *modifiable factors* ” (OMS, 2000, p. 154) definidos como la dieta y las actividades físicas, sugiriendo que si estos son corregidos [“ *if corrected* ”] (OMS, 2000, p. 154) se puede prevenir la obesidad . Esta elección de palabras evoca un enfoque individualista, lo que implica una suposición de control y capacidad individual para cambiar las circunstancias.

Al abordar los niveles de intervención, muestra un enfoque más equilibrado. El primer lugar de intervención refiere a “ *elements of the social, cultural, political, physical and structural environment that affect the weight status of the community*” (OMS, 2000, p. 154). De esta manera, se reconoce la importancia de los factores estructurales y se destaca la necesidad de influir en estos para lograr resultados efectivos en la lucha contra la obesidad.

Además el documento muestra una comprensión crítica de las estrategias en la obesidad reconociendo que la búsqueda cultural por la delgadez puede conducir a trastornos alimentarios. Según se expone “ *an undue emphasis on thinness has been accompanied by an increased*

prevalence of eating disorders such as anorexia nervosa and bulimia" (OMS, 2000, p. 154). Este fragmento advierte sobre los peligros de las recomendaciones enfocadas en déficit calóricos, desafiando implícitamente el modelo de balance energético. Esto pone en evidencia un doble criterio, ya que el déficit calórico en personas con un IMC menor a 30 podría considerarse anoréxico y moralmente inaceptable, mientras que en personas con un IMC mayor a 30 sería una recomendación clínica y una obligación moral de toda persona hacia si mismo.

Al referirse a las estrategias contra la obesidad, afirma que prevenir el aumento de peso es más sencillo, menos costoso y más efectivo que tratar la obesidad una vez desarrollada. Subraya que *"many obesity treatments fail to achieve long-term success"* (OMS, 2000, p. 156). Además, destaca la insuficiencia de recursos para combatir la obesidad y sus síntomas, argumentando que *"limited resources will quickly be exhausted by the need for expensive and technologically advanced treatment for obesity"* (OMS, 2000, p. 157). Este enfoque preventivo podría interpretarse como una crítica a los sistemas de salud enfocados en el tratamiento y en corregir los síntomas una vez que el problema ha surgido, en lugar de centrarse en el bienestar general.

Destaca la limitada investigación en el área de prevención, sugiriendo una brecha en el conocimiento que necesita una mayor atención *"Despite the strong justification for prevention strategies... there has been little comprehensive research on the effectiveness of such strategies"* (OMS, 2000, p. 157). Este punto resalta la necesidad de un enfoque más integral en la salud pública, que priorice la prevención y aborde la obesidad desde sus raíces. Esto implica abordar los determinantes sociales de la salud, considerando qué una reducción de la pobreza y las desigualdades de ingreso y alimentación (que han aumentado a raíz del neoliberalismo) puede generar resultados más alentadores.

El documento reconoce a la obesidad como una condición compleja y multifactorial, lo cual implica un reconocimiento de que no hay un enfoque único o simplista para prevenirla o manejarla. Se destaca que *"The traditional classification of disease prevention can be confusing when applied to a complex, multifactorial condition such as obesity"* (OMS, 2000, p. 155) problematizando la aplicación del esquema tradicional de enfermedades al caso de la obesidad, en términos de distinguir entre prevención primaria, secundaria y terciaria *"it is not clear whether primary obesity prevention refers to preventing overweight people from becoming obese or whether this is secondary prevention, nor is it clear whether tertiary prevention is concerned with preventing established obesity from becoming more severe or with the control of comorbid conditions such as hypertension."* (OMS,

2000, p. 160).

Por otro lado, la elección de palabras como “*contributors*” y “*risk*” es notable y repetitiva al hablar de la relación entre la obesidad y las ENT. Estos términos implican una asociación o correlación entre la obesidad y otras ENT, pero no establecen una relación de causa y efecto directa. Al utilizar la palabra “contribuye”, el documento indica que la obesidad es uno de varios factores que incrementan el riesgo de ENT, evitando así aseverar que es la única o principal causa de estas enfermedades. Además la expresión “*the risk increasing with the increase in excess body weight*” (OMS, 2000, p. 162) utiliza una estructura lingüística que denota una relación proporcional, pero nuevamente no define esta relación como causal.

Al abordar la cuestión de las prácticas médicas frente a la obesidad, el documento reconoce que profesionales de la atención primaria de salud poseen un conocimiento incompleto, confuso e incluso incorrecto sobre estos temas. Al mencionar que “*Certain genetic and metabolic disorders that lead to the development of obesity are often given undue prominence in discussions in medical textbooks*” (OMS, 2000, p. 164-165) pero también se aclara que “*in practice these conditions are very rare and only a tiny proportion of overweight and obesity in patients can be attributed to such causes*”. El documento también aborda la presencia de estereotipos negativos entre los profesionales de la salud hacia las personas obesas, reconociendo esto como una actitud problemática.

El documento adopta una postura crítica y un tanto escéptica de la medicalización como método principal para abordar la obesidad a nivel poblacional. Se destaca que “*Other health professionals actively involved in the management of obesity include nurses and, in some countries, dietitians. However, although they provide more comprehensive weight management advice than medical doctors, the advice does not appear to be any better or more effective than the advice provided by doctors. Confidence in their ability to assist people to lose weight and to maintain weight loss is low among nurses, and even dietitians doubt that their current efforts to deal with obesity are effective*” (OMS, 2000, p. 165).

El documento hace un llamado para un compromiso nacional y una responsabilidad compartida entre diversas partes interesadas, enumeradas en el siguiente orden: consumidores, gobiernos, industria y medios de comunicación. Reconoce que los consumidores deciden finalmente que comer, pero advierte adecuadamente que “*Although it is consumers who ultimately*

choose which foods to consume, their choices are influenced by a number of factors such as experience, custom, availability and cost..." (OMS, 2000, p. 165). De manera que considera indispensable adoptar un marco sistémico para la promoción eficaz de dietas saludables

Este llamado a trabajar de forma colaborativa, puede verse como un enfoque multisectorial que, en el escenario más optimista, facilitaría una sinergia entre estos actores para enfrentar el problema de la obesidad. Pero, desde la perspectiva de la economía política de la obesidad, surge la preocupación de que las empresas prioricen sus modelos de negocio sobre las consideraciones de salud que puedan afectar sus ganancias. Esto conduce a una segunda interpretación de connotaciones neoliberales: el énfasis en la responsabilidad compartida sugiere que la carga de la salud recae en múltiples sectores, incluyendo a los individuos. Este enfoque podría interpretarse como una forma de desviar la atención de las cuestiones sistémicas y de equiparar la conducta individual con factores de mayor magnitud en la problemática de la obesidad.

Esto queda en evidencia al referirse a la industria alimentaria en el documento. La afirmación *"The food industry plays an important role in the development and promotion of affordable healthy products"* (OMS, 2000, p. 154) sugiere que dicha industria posee tanto la capacidad como la responsabilidad de influir de manera positiva en la dieta de la población, reconociendo su poder en la configuración de las opciones alimentarias disponibles. Sin embargo, esta formulación textual no aborda las críticas relacionadas con las prácticas comerciales de la industria alimentaria que contribuyen a la problemática de la obesidad. Esta omisión podría interpretarse como una falta de interés en señalar la responsabilidad de la industria alimentaria.

El documento atribuye a los gobiernos la responsabilidad de *"supporting research and collecting information on dietary intake and the nutritional status of the population through epidemiological investigations and surveillance"* (OMS, 2000, p. 154) subrayando su rol crucial en la creación de una base de conocimientos sólida para políticas y programas efectivos. Sin embargo, el texto no aborda en cómo las políticas gubernamentales pueden verse influenciadas por intereses de la industria alimentaria y farmacéutica. Pero además, coloca las acciones del gobierno en el marco del conocimiento epidemiológico.

El documento muestra una tensión entre la comprensión de la obesidad como un problema social y su enmarque dentro de un paradigma biomédico e individualista. Reconoce la in-

fluencia de factores sociales más amplios y al mismo tiempo, abre la puerta a intervenciones y responsabilidades a nivel individual. Esta orientación tiene implicaciones significativas, ya que el discurso sanitario reciente no solo construye la realidad de la obesidad, sino que también promueve su medicalización y aborda la condición desde perspectivas predominantemente individualistas. Este enfoque oscurece las dinámicas sociales y estructurales implicadas.

3.4. Análisis Crítico del Discurso: WHO acceleration plan to stop obesity

En el inicio de este documento político se aprecia como el discurso de la OMS construye la obesidad como una crisis y epidemia. Comenzando con una declaración impactante “*A public health crisis*” (OMS, 2023, p. 2) el documento de la OMS no solo categoriza a la obesidad como un problema de salud pública, sino también como una crisis inminente. Esto se acompaña de un lenguaje emotivo (“*burden*” y “*threat*”) que tiene un efecto persuasivo. Este uso del lenguaje transmite una sensación de urgencia y gravedad extrema.

Además, la utilización del término “epidemia” intensifica la percepción de la obesidad como un fenómeno ampliamente difundido y fuera de control. La OMS extiende este problema más allá de los países de altos ingresos otorgándole el carácter de universalidad “*Once associated with high-income countries, obesity is now also prevalent in low-and middle-income countries*” (OMS, 2023, p. 2), lo que potencialmente oscurece las realidades y contextos específicos de cada nación.

Es particularmente significativo como se le asigna a la obesidad un papel de agente en la generación de problemas socioeconómicos globales. Se afirma que “*undermines social and economic development throughout the world and has the effect of increasing inequalities between countries and within populations*” (OMS, 2023, p. 2). Este enfoque desvía la atención de las dinámicas sistémicas del neoliberalismo y de los responsables por las decisiones políticas, las cuales son fundamentales para entender problemas sociales globales como la creciente desigualdad. La obesidad es representada como un factor causal en estas desigualdades, un argumento central para obtener legitimación e interés por parte de los gobiernos.

Al vincular la lucha contra la obesidad con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el documento de la OMS inserta esta problemática en el contexto más amplio de las agendas de desarrollo global y políticas de salud mundial. Esta conexión sugiere un esfuerzo por legitimar el abordaje de la obesidad dentro de una narrativa más extensa de desarrollo global y bienestar colectivo: *Tackling the growth in obesity is critical to achieving the Sustainable Development Goal (SDG) target 3.4: to reduce by one third premature mortality from NCDs by 2030* (OMS, 2023, p. 2).

No obstante que, esta asociación subraya la importancia de combatir la obesidad, el documento omite una exploración detallada de las causas que contribuyen a los desafíos del desarrollo global y sus manifestaciones como la obesidad. Esta omisión sugiere una narrativa que, aunque bien intencionada en su propósito de promover la salud global, simplifica las raíces y las implicaciones más amplias de la obesidad como fenómeno socioeconómico.

El documento de la OMS pone énfasis en las consecuencias negativas de la obesidad vinculándola con múltiples enfermedades no transmisibles, lo que refuerza la percepción de la obesidad como un grave problema de salud con efectos tangibles. Se emplean afirmaciones como *“Obesity has very significant impacts on wellbeing”* (OMS, 2023, p. 2), y se menciona que contribuye aproximadamente a 5 millones de muertes y aumenta el riesgo de desarrollar una forma grave de COVID-19.

Aunque se describe a la obesidad como *“a major risk factor”* (OMS, 2023, p. 2) para varias enfermedades no transmisibles, el documento evita, por medio de elecciones lingüísticas, establecer una relación causal directa, evitando profundizar en el debate sobre la complejidad y la naturaleza causal de estas relaciones. La forma en que se describe la obesidad, como *“contribuyendo”* a millones de muertes, sugiere una conexión, pero deliberadamente deja ambigua la naturaleza exacta de esta relación. Este matiz permite reconocer la importancia de la obesidad en la salud pública sin comprometerse con una narrativa que podría ser científicamente cuestionable.

En el documento, la OMS construye a la obesidad como una enfermedad *“largely preventable”* (OMS, 2023, p. 3) a nivel individual, enfocándose en la recomendación de limitar ciertos alimentos y aumentar la actividad física. Este enfoque es un reflejo del discurso prevalente en la salud pública que pone un énfasis considerable en la responsabilidad individual y autogestión en el riesgo de enfermedades.

Es interesante notar que, el texto también reconoce que la alimentación y actividad física son *“largely the result of environmental and societal conditions”* (OMS, 2023, p. 3). Al hacerlo, el documento parece buscar un equilibrio entre la promoción de la responsabilidad personal y el reconocimiento de que la obesidad no puede ser comprendida ni abordada adecuadamente sin considerar el contexto ambiental y social más amplio. Este enfoque dual puede ser visto como un intento de integrar las dimensiones individuales y colectivas de la prevención de la obesidad, sugiriendo una perspectiva más holística y posiblemente más efectiva para combatir este creciente problema de salud global.

En ese sentido se reconoce la necesidad de un enfoque más holístico y social en la lucha contra la obesidad: *Stopping the rise in obesity will demand multisectoral actions that can have a more direct impact on the disease (such as food manufacturing, marketing and pricing) and others that seek to address the wider determinants of health (such as poverty reduction and urban planning)* (OMS, 2023, p. 3). Esto muestra una comprensión de que la obesidad es un problema complejo que requiere una respuesta interdisciplinaria.

Sin embargo, este mismo párrafo ilustra una tensión interesante en el discurso sobre la obesidad: por un lado, se reconoce la importancia de los determinantes sociales de la salud en la lucha contra la obesidad, mientras que, por otro lado, se sugiere una respuesta que implica medicalización y un enfoque comercial en la salud como se evidencia en frases como *“treat and manage the disease are also urgently needed”* e *integrar a la obesidad “into broader efforts to address NCDs”* (OMS, 2023, p. 3). Esta dualidad puede reflejar una tensión entre un enfoque más social ligado a los compromisos intelectuales de la organización y los intereses de la comunidad donante que contribuye al financiamiento de la organización.

El documento de la OMS aborda la noción de que los individuos se encuentran inmersos en un entorno obesogénico (OMS, 2023), un factor que aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar obesidad, pero omite detallar quiénes contribuyen a crear y mantener este ambiente. Esta omisión oscurece la agencia y responsabilidad de los actores sociales en la conformación de dicho entorno. Aunque el documento asigna al gobierno y a las *“stakeholders”* (partes interesadas) la tarea de mejorar este ambiente, la elección lingüística *“stakeholders”* crea una ambigüedad que puede diluir la responsabilidad de distintos actores, como la industria alimentaria, los reguladores de salud pública o incluso los medios de comunicación, en la configuración de un ambiente que favorece la obesidad.

Resalta el uso selectivo de estadísticas para fortalecer la argumentación presentada. Se utilizan para resaltar dos aspectos clave: primero, que la obesidad es una enfermedad que aumenta en todo el mundo; y segundo, que representa un alto costo económico. Estas estadísticas no se integran directamente en el texto, sino que se presentan en una figura visualmente llamativa, acompañada por la afirmación *“The world cannot afford NOT to act!”* (OMS, 2023, p. 8), lo cual refuerza aún más el mensaje de urgencia y la necesidad de intervención. En contraste, las alusiones a la fabricación y publicidad de los alimentos, junto con otros determinantes de la salud como la pobreza se hayan integradas en el texto sin respaldo de datos estadísticos.

El segmento del documento *“WHO acceleration plan to stop obesity”* (OMS, 2023, p. 4-6) proporciona una visión general del enfoque y las estrategias clave propuestas por la OMS para abordar la epidemia de obesidad. El uso de adjetivos optimistas por parte de la OMS en la presentación de sus políticas es un aspecto relevante como estrategia discursiva. La descripción de las políticas como *“consolidated set”, “impactful, feasible, acceptable, affordable and scalable”* y *“proven potential to achieve outcomes”* transmite una sensación de confianza y seguridad. El uso de términos como *“consolidated”* y *“proven”* (OMS, 2023, p. 5) sugiere que las políticas son el resultado de un proceso riguroso y reflexivo, pero además al ser el resultado de una labor científica elimina motivaciones para su debate o descrédito.

El plan de la OMS destaca la colaboración entre distintas organizaciones y sectores, como autoridades locales, educativas y de salud, subrayando la importancia de un enfoque multidisciplinario y cooperativo en la lucha contra la obesidad. Esta colaboración se manifiesta en iniciativas como *“creating and maintaining public parks that cater for the needs of different age groups, or primary care teams in health clinics and school teachers jointly promoting healthy eating practices, giving oral healthcare advice, and offering services to ensure timely identification of children at risk of obesity. Within the school setting, school staff together with food service staff can implement nudges, alongside measures such as setting school food standards, to further influence children’s food selection towards foods that contribute to a healthy diet”* (OMS, 2023, p. 5).

Estas medidas reflejan un intento de modelar comportamientos saludables en la vida cotidiana, evidenciando un enfoque que, si bien valora la cooperación intersectorial, también pone un énfasis considerable en la autogestión individual en lo que respecta a la actividad física y los hábitos alimenticios. Estas estrategias, al tiempo que reconocen el papel del entorno, parecen reforzar la idea de que la responsabilidad última por la salud individual recae en el

comportamiento personal.

En general, el segmento “WHO acceleration plan to stop obesity” comienza abordando factores estructurales, como entornos alimentarios saludables y políticas fiscales, reconociendo la complejidad de la obesidad. Sin embargo, el plan luego se enfoca en el comportamiento individual, promoviendo la actividad física y dietas saludables, lo que sugiere un retorno al individualismo en la responsabilidad del peso saludable.

Avanzando, el plan se inclina hacia la medicalización, tratando la obesidad principalmente como una enfermedad clínica. Esta perspectiva, centrada en soluciones médicas, puede desviar la atención de los factores sociales más amplios y perpetuar la idea de la obesidad como un problema individual, potencialmente reforzando el estigma y la responsabilidad personal. Es posible interpretar que el plan de la OMS intenta abarcar un espectro completo de intervenciones, desde cambios estructurales hasta estrategias conductuales. Sin embargo, es crucial mantener un equilibrio para no caer en la culpabilización del individuo.

El segmento del documento titulado “The Five Workstreams” (OMS, 2023, p. 7-15) describe las cinco áreas principales de trabajo que comprende el plan. El primer flujo de trabajo se centra en acciones probadas y rentables, *regulations to protect children from the harmful marketing of food and beverages; fiscal and pricing policies to promote healthy diets and nutrition labelling policies; school-based nutrition policies (including initiatives to regulate the sales of products high in fats, sugars and salt in close proximity to schools); protecting, supporting and promoting breastfeeding; and standards and regulations on active travel and physical activity in schools..*

Sin embargo, al examinar la implementación de estas políticas a nivel mundial, se observa una adopción desigual. Por ejemplo, la estrategia de imponer impuestos a las bebidas azucaradas ha sido adoptada solo por 10 países (OMS, 2023), lo que refleja la diversidad de enfoques y la resistencia que encuentran estas medidas. Esta resistencia se debe en gran medida a la fuerte influencia de la industria alimentaria y sus grupos de presión (Nestle, 2019).

El documento menciona el caso de México como ejemplo exitoso de políticas fiscales eficaces para reducir el consumo de bebidas azucaradas (OMS, 2023, p. 6). No obstante, un análisis detallado de la fuente citada (Colchero, 2016) revela que, aunque se registró una disminución

del 6 % en el consumo tras un año de la implementación del impuesto en 2014, los autores advierten sobre la imposibilidad de establecer una causalidad directa y señalan la posibilidad de una sobrestimación debido a la calidad de los datos. Además, el estudio no aborda aspectos nutricionales ni correlaciona el consumo de bebidas azucaradas con la prevalencia de obesidad. Hasta hace poco, México seguía liderando el consumo de alimentos ultraprocesados en América Latina (OPS, 2015) y mantenía uno de los índices de obesidad más altos del mundo (WOF, 2023), lo que sugiere que el impacto de estas políticas puede ser limitado si se aplican de forma aislada.

El “Workstream 3: Global advocacy” (OMS, 2023, p. 12) destaca la importancia de la promoción y el activismo a nivel mundial, regional y nacional para combatir la epidemia de obesidad. Busca alentar a las personas y familias que viven con obesidad a participar en el activismo y el diálogo por el cambio es un paso importante hacia la inclusión y la representación de las voces de quienes están directamente afectados por la enfermedad.

El llamado a la construcción de coaliciones para desarrollar una alianza global refleja la búsqueda de una acción colaborativa y coordinada. Reconoce que abordar eficazmente la obesidad requiere un esfuerzo concertado en prevención, manejo y tratamiento. Sin embargo, estas coaliciones con el sector privado pueden representar problemas en términos de conflictos de intereses, al distorsionar las políticas relacionadas con la salud pública. Las empresas privadas, especialmente aquellas en las industrias alimentaria, de bebidas y farmacéutica, pueden tener objetivos comerciales que entran en conflicto con los objetivos de salud pública. Las compañías con recursos significativos pueden ejercer influencia en la formulación de políticas, abogando por regulaciones más laxas o enfoques que favorezcan sus intereses comerciales.

Los “Workstreams 4 y 5”(OMS, 2023, p. 12-15) subrayan la importancia de involucrar una diversidad de socios, poniendo como ejemplo explícito la Global Obesity Coalition, y enfatizan la rendición de cuentas en la ejecución del plan. Sin embargo, la petición de colaborar la Global Obesity Coalition, ilustra las complejidades y posibles conflictos de interés al involucrar a empresas privadas en la lucha contra la obesidad. La Global Obesity Coalition aunque aboga por un trato digno a las personas, sostiene un enfoque altamente individualizado y medicalizado. Demanda explícitamente el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad crónica y prioriza tratamientos personales, como la modificación del comportamiento (ejercicio, dieta restrictiva, autocontrol), el uso de fármacos y la cirugía bariátrica.

Aunque la Coalición se presenta como una entidad que no tiene un fin comercial explícito, su financiamiento por parte de industrias farmacéuticas³ (cuadro 3.1), fabricantes de dispositivos médicos y empresas de suplementos alimenticios, todas beneficiadas económicamente de la prevalencia de la obesidad, plantea serias preocupaciones.

La participación de empresas como Novo y Eli Lilly, que dominan el mercado de fármacos (valuado en \$100 billones de dólares) para la pérdida de peso con productos como Wegovy y Zepbound respectivamente, plantea un conflicto de interés inherente en la lucha contra la obesidad. Estas empresas, cuyas rentabilidades dependen de la persistencia de la epidemia de obesidad, podrían tener motivaciones comerciales que difieren con los objetivos de una auténtica batalla contra la obesidad. Esta situación pone en duda la efectividad e integridad de las políticas de salud y los llamados a profundizar las asociaciones entre las agencias de la ONU y los gobiernos con el sector privado.

El documento cierra con las frases *“No country is immune to the obesity epidemic”* y *“Time is short and the challenge is complex”* las cuales resumen las representaciones clave de la obesidad que se abordan en este documento político: universalidad de la epidemia de obesidad y crisis de salud pública que requiere de compromiso y cooperación internacional (OMS, 2023, p. 16).

3.5. Discusión

El análisis de la visión de 1999 revela una tensión entre la comprensión de la obesidad como un problema social y su abordaje dentro de un paradigma biomédico e individualista. El documento se muestra equilibrado entre ambos enfoques, abogando por orientar los esfuerzos hacia la prevención para evitar caer en la medicalización excesiva. La preocupación es que, los recursos pueden resultar insuficientes y menos eficaces para lograr cambios poblacionales. Además, se critica la tendencia a aplicar modelos de enfermedades tradicionales al problema de la obesidad, lo que puede ser problemático. En casos donde la obesidad ya se ha desarrollado, se recomienda la atención primaria universal. Interesantemente, se señala que los profesionales de la salud a menudo subestiman la obesidad como enfermedad y pueden caer

³En el sitio web de la organización que informa sobre su financiamiento se lee: "La Obesity Action Coalition se enorgullece de contar con el apoyo de nuestros socios corporativos e industriales". Disponible en: <https://www.obesityaction.org/donate/corporate-support/>.

Cuadro 3.1: Patrocinadores de la Obesity Action Coalition

Empresa	Giro de la Empresa	Contribución Anual	Año de Asociación
Novo Nordisk	Farmacéutica	>\$500,000	2013
Eli Lilly and Company	Farmacéutica	>\$100,000	2020
Boehringer Ingelheim	Farmacéutica	>\$50,000	2010
Ethicon	Dispositivos Médicos	>\$50,000	2012
Medtronic	Dispositivos Médicos	>\$50,000	2010
American Society for Metabolic and Bariatric Surgery	Asociación Médica	>\$25,000	2005
Currax Pharmaceuticals	Farmacéutica	>\$25,000	2020
Fujifilm Healthcare Americas Corporation	Salud y Tecnología	>\$25,000	2018
Bariatric Advantage	Suplementos Nutricionales	>\$10,000	2008
Intuitive	Tecnología Médica	>\$10,000	2021
Rhythm	Farmacéutica	>\$10,000	2018
The Obesity Society	Organización Profesional	>\$10,000	2012
Wondr Health	Salud y Bienestar	>\$10,000	2017
WW	Salud y Bienestar	>\$10,000	2015

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en Obesity Action Coalition (www.obesityaction.org/donate/corporate-support)

en prácticas discriminatorias, y se reconoce que el consejo médico por sí solo es insuficiente. Este análisis resalta el conflicto entre las perspectivas biomédicas y sociales, subrayando la necesidad de enfoques más holísticos, en línea con las críticas posestructuralistas que desafían la simplificación de este problema social.

El documento de 2023 menciona la importancia de los determinantes ambientales y sociales de la obesidad, apuntando hacia la necesidad de un enfoque holístico. Sin embargo, este informe también transmite un tono de urgencia y alarma, contra una enfermedad cuyo costo va en aumento. Se insiste en que las políticas y medidas contra la obesidad deben ser medibles, priorizando la relación costo-efectividad. Un aspecto particularmente preocupante es el llamado a los gobiernos y otras partes interesadas para colaborar con organismos que, aunque parecen interesados en resolver el problema, están vinculados a empresas que se benefician de la epidemia de obesidad y promueven soluciones de micro-mercado en lugar de enfoques

preventivos. Desde una perspectiva posestructuralista, este enfoque refleja cómo las narrativas de eficiencia y tecnocracia pueden oscurecer (o incluso socavar) esfuerzos genuinos de prevención, señalando la influencia encubierta de intereses comerciales en la configuración de políticas públicas.

La evolución en la perspectiva de la OMS sobre la obesidad entre 1999 y 2023 indica un intento de balance entre la responsabilidad individual y los factores estructurales. El documento de 1999 refleja una clara tensión entre estos dos aspectos, mientras que el texto de 2023 reconoce tanto la influencia de los factores ambientales como la importancia de la responsabilidad personal en la adopción de hábitos saludables.

El documento de 2023 muestra una mayor conciencia sobre el rol de actores como la industria alimentaria en la creación de un entorno obesogénico, pero carece de una exploración sobre cómo estas entidades además de contribuir a la epidemia de obesidad, también se benefician de ella. Esta omisión es importante en el contexto de su recomendación de colaborar con la Global Obesity Coalition, que a pesar de su nombre, podría ser una fachada para las empresas que lucran con la obesidad. Esto plantea preocupación sobre posibles conflictos de interés y cuestiona la integridad de las políticas de salud pública en la lucha contra la obesidad. El análisis posestructuralista resalta la necesidad de considerar las dinámicas de poder y las relaciones económicas que influyen en las políticas de salud, especialmente en la forma en que las empresas crean discursos y prácticas en torno a la obesidad.

El análisis de los documentos revela cambios en la representación y el uso del lenguaje entre 1999 y 2023. Han adoptado un tono considerablemente más emotivo y urgente, calificando la obesidad como una crisis de salud pública y una epidemia. Este cambio en el lenguaje es una evolución hacia una narrativa más alarmista, que puede influir en la percepción pública y en las políticas de salud. Además, el documento de 2023 se distingue por su énfasis en el uso selectivo de estadísticas y una presentación visual más destacada de los datos, en contraposición al enfoque más textual del análisis de 1999.

Desde una perspectiva posestructuralista, estos cambios no solo reflejan una transformación en el discurso sobre la obesidad, sino que también revelan cómo las prácticas discursivas, incluyendo el uso del lenguaje y la presentación de datos, pueden ser utilizadas para moldear las políticas y las actitudes hacia la obesidad. Es importante destacar que el fenómeno de la

obesidad es un tema apremiante que debe atenderse, ya que afecta a millones de personas alrededor del mundo. Al criticar el alarmismo con el que se enuncia, lo que se busca es evitar medidas de corto plazo con alcance limitado.

3.6. Consideraciones finales

La Organización Mundial de la Salud, como principal autoridad sanitaria internacional, tiene un papel importante en la formación de discursos sobre la epidemia de obesidad. El Análisis Crítico del Discurso ha permitido entender mejor la forma en que la OMS conceptualiza y representa a la obesidad en sus recomendaciones de política. Los documentos reflejan una tensión entre el reconocimiento de los factores estructurales en la obesidad y un enfoque que se inclina hacia intervenciones médicas y conductuales individualizadas, pero manteniendo un tono de urgencia en su discurso.

El papel de la OMS debe entenderse en un contexto político marcado por la racionalidad neoliberal: individualismo, competencia y mercado (Laval and Dardot, 2013). Los gobiernos de los países desarrollados en conjunto con los intereses de empresas buscan enfoques de salud pública que se rentabilicen a través del mercado. En ese marco discursivo se alinean la responsabilidad personal, las tecnologías del yo y las soluciones de mercado (Sparke, 2020). Pero también somete a la OMS en una competencia por la financiación con otros actores globales (McInnes et al., 2019).

No debe perderse de vista que la personalización de la responsabilidad y la medicalización son resultado de políticas deliberadas, diseñadas por la OMS en conjunto con sus colaboradores de la industria (Moynihan 2006; Campos 2004). Pero debe tomarse en cuenta que son los Estados quienes han introducido en sus propias sociedades la lógica de mercado que caracteriza las actuales formas en que los individuos se conducen frente a la obesidad propia y de otros. Así, la racionalidad neoliberal organiza las acciones de gobernantes y gobernados hacia una biopolítica de la delgadez (Guthman, 2011). Una forma de pensar donde ser delgado es deseable y es responsabilidad de cada uno lograrlo.

El lenguaje empleado en los documentos, sostiene recursividad y énfasis que construye a la obesidad como una enfermedad epidémica y global. La guerra contra la obesidad, proporciona

un conjunto de ideas que justifican y legitiman el desarrollo de tratamientos y curas para la obesidad, los cuales permiten a las empresas lucrar con un problema social que genera sufrimiento y muertes. Esto proporciona un marco moral que considera éticamente correcto proveer una cura para evitar, precisamente el sufrimiento y la muerte.

Ese Regimen de Verdad no solo valida las intervenciones médicas, sino que también contribuye a una visión reduccionista de la obesidad, obviando sus determinantes sociales y económicos. Al centrarse en las curas y tratamientos, prioriza las soluciones superficiales y desfavorece las reformas estructurales necesarias para abordar el problema de raíz. No se busca desacreditar la práctica de los profesionales de la medicina, sino de traer a primer plano cuestiones apremiantes como las desigualdades sociales, alimentarias y de salud que se expanden conforme la riqueza se acumula en las manos de unos cuantos.

Como un sitio discursivo, la OMS actúa, ya sea voluntaria o involuntariamente, como un instrumento de biopolítica y gubernamentalidad neoliberal. Las “verdades” que difunde esta autoridad influyen en las prácticas y sentido común sobre la salud, lo que fija conductas individuales, orientando las decisiones de las personas hacia lo que se presenta como saludable de manera libre y voluntaria. Genera un cierto tipo de relaciones sociales, subjetividades que naturalizan la búsqueda de soluciones de mercado a problemas sociales que tiene como característica principal la inversión en uno mismo y, como consecuencia, la desconexión con los determinantes sociales de la salud (McInnes et al. 2019; Sparke 2020).

Por otro lado, es necesario recalcar que a lo largo de los años, la OMS ha hecho énfasis en reiteradas ocasiones en la importancia de abordar los factores estructurales en la lucha contra la obesidad y la necesidad de adoptar un enfoque sistémico para este problema. Sin embargo, el actual contexto político neoliberal que prevalece en muchos gobiernos se opone cultural y políticamente a la idea de que la obesidad es un problema causado por factores sistémicos, enmarcándola como una enfermedad autoinfligida debido a la adopción de estilos de vida poco saludables.

Las políticas implementadas como el impuesto a las bebidas azucaradas, aunque bienintencionadas y presentadas como exitosas, pueden resultar insuficientes si se implementan de manera aislada. Estas medidas, si bien pueden influir en los patrones de consumo y generar ingresos que podrían utilizarse en programas de salud pública, pasan por alto las múltiples

causas que contribuyen a la obesidad, como la pobreza, la educación, el acceso a alimentos saludables y los entornos de vida y trabajo.

La inclusión de la industria privada en las políticas de salud, como se evidencia en la colaboración con la Global Obesity Coalition revela un enfoque claramente neoliberal y plantea preocupaciones sobre conflictos de interés. Esta dirección fomenta los tratamientos biomédicos y farmacéuticos, lo que puede incrementar la desigualdad en el acceso a la salud. Este modelo neoliberal de la salud no solo mercantiliza la atención sanitaria, sino que también pone en duda la efectividad e integridad de las políticas de salud global para abordar la obesidad.

Es necesario generar contra discursos y difundirlos ampliamente para crear conciencia en la población de que la situación en torno a la obesidad no es un fenómeno natural, sino el resultado de políticas deliberadas. Estas políticas han sido diseñadas en gran parte para servir a intereses comerciales, pero pueden ser revertidas o transformadas. Se requiere de presión social sobre el Estado para llevar adelante reformas estructurales que ayuden a revertir la situación actual. Al fomentar una comprensión crítica, la sociedad puede movilizarse para exigir políticas que prioricen el bienestar colectivo sobre los beneficios empresariales.

CAPÍTULO 4

ENTORNO OBESOGÉNICO Y SUS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS EN MÉXICO

México enfrenta un desafío significativo en cuanto a la obesidad, agravado por desigualdades regionales en salud y alimentación. En 1975 tan solo 9.5 % de la población en México presentaba sobrepeso u obesidad (OMS). Según datos de la ENSANUT (2018), el 75.2 % de los adultos mayores de 20 años presenta problemas de peso: 39.1 % con sobrepeso y 36.1 % con obesidad. Por otro lado, los niños no están exentos de esta problemática; el 22.2 % de aquellos entre 0 a 4 años tienen riesgo de sobrepeso, y un preocupante 35.6 % de los niños entre 5 y 11 años ya presentan esta condición y posiblemente la mantendrán a lo largo de su vida. El sur ha enfrentado históricamente carencias relacionadas con la insuficiencia de alimentos (Torres and Martínez, 2019), mientras en el norte se observa una reciente y preocupante tendencia hacia problemas de calidad en la alimentación (García and Santiago, 2023). En consecuencia, la población a lo largo del territorio no está exenta del desafío de la obesidad.

Estas cifras tienen repercusiones directas en la economía del país. El costo asociado a la atención médica derivada del sobrepeso y la obesidad representa el 8.9 % del gasto total en salud. Además, se estima una reducción en la productividad laboral, equivalente a 2.4 millones de trabajadores a tiempo completo al año. Esta situación genera una pérdida económica que alcanza el 5.3 % del PIB nacional, colocando a México entre los miembros de la OCDE como el país con el impacto económico más elevado (OCDE, 2019).

Desde la década de 1990, México ha vivido un cambio estructural profundo en su economía y sistema alimentario, en gran parte debido a los procesos de globalización y la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Estos cambios han tenido repercusiones directas en el entorno alimentario del país. Este proceso ha modificado la accesibilidad, publicidad y consumo de los alimentos saludables y no saludables (Santos 2014; Martínez 2017). De modo que el entorno alimentario de México se ha ido modificando al aumentar considerablemente el número de establecimientos que ofrecen estos productos a lo largo del territorio nacional.

Las principales vías por las que las personas acceden a los alimentos son: mercados y supermercados, tiendas de comestibles y, los lugares de alimentos preparados fuera del hogar, como restaurantes y tiendas de comida rápida. Estos lugares, se caracterizan por una elevada oferta y disponibilidad de alimentos hipercalóricos, contribuyendo con ello a su alto consumo (Otero 2018; Gálvez 2018). De hecho, en 2013 México se posicionó como el principal consumidor de estos productos en América Latina, con un consumo de 212 kg por persona al año, y mantiene una tendencia creciente (OPS, 2015).

El gasto en alimentos procesados y ultraprocesado ha crecido notablemente en México. Entre 2006 y 2022, los alimentos procesados crecieron un 30 % y los ultraprocesados un 20.5 %, mientras que el gasto en alimentos no procesados se mantuvo constante. El gasto en alimentos ha variado entre las diferentes regiones de México. En 2022 la región centro destinó la mayor proporción del gasto en alimentos no procesados, seguida por el sur y el centro norte; en cambio, la región norte mostró la mayor proporción de gasto en alimentos procesados y ultraprocesados. El sur, por su parte, experimentó el mayor crecimiento del gasto en alimentos procesados y ultraprocesados entre 2016 y 2022 (Banxico, 2024).

Las decisiones sobre qué comer no se toman en el vacío; están moldeadas por el entorno alimentario y social en el que se encuentran las personas, y este entorno puede variar significativamente entre diferentes regiones. Dada esta realidad, el propósito de este capítulo es explorar, desde una perspectiva espacial, la relación entre la obesidad en adultos y las características del entorno alimentario, así como las condiciones socioeconómicas que provocan un acceso desigual a los alimentos en los municipios mexicanos. En este análisis, se busca:

1. Elaborar mapas descriptivos utilizando métodos espaciales para identificar y visualizar

patrones espaciales de obesidad en los municipios de México, y determinar su relación con las condiciones del entorno alimentario y factores socioeconómicos

2. Evaluar si dichas asociaciones se agrupan en clústeres específicos o si se dispersan aleatoriamente en el territorio mexicano. Si se identifican clústeres estadísticamente significativos: a) Determinar la ubicación precisa de estos clústeres. b) Analizar la correlación espacial de estos clústeres.
3. Identificar cómo el entorno alimentario, las carencias alimentarias, el ingreso, el nivel de urbanización y el acceso a la salud actúan como factores predictivos de la prevalencia de la obesidad en los municipios de México, y analizar la variación geográfica de los efectos de estos predictores a lo largo del territorio nacional.

En este análisis empírico, se aborda la prevalencia de obesidad en los 2,456 municipios de México para el año 2018, utilizando datos centrados en la población adulta. Para el análisis, se construyó una base de datos georreferenciados y se implementaron técnicas de análisis espacial, permitiendo la creación de mapas descriptivos y estimaciones estadísticas. Los resultados demuestran patrones geográficos diferenciados de obesidad en México. En particular, se evidencian correlaciones entre la obesidad y factores como el entorno alimentario no saludable, carencias alimenticias, acceso a servicios de salud, nivel de ingresos y características demográficas, como la proporción de población en localidades rurales. Por ejemplo, en regiones del norte, se observan altas tasas de obesidad junto con un entorno predominantemente no saludable y menores carencias en servicios de salud. Sin embargo, regiones como Jalisco y Nayarit muestran patrones divergentes, sugiriendo que otros factores culturales y socioeconómicos podrían estar en juego. La aplicación de este método permitió investigar la influencia de estas asociaciones a lo largo del territorio nacional.

El capítulo está estructurado en las siguientes secciones, además de la presente introducción. A continuación se explora cómo los procesos de globalización han dado forma a un entorno que favorece a la obesidad en México. Posteriormente, se describen los métodos espaciales como los indicadores de asociación espacial tanto global como local (LISA) y se describen los modelos de regresión espacial que se aplicaron en este estudio. Además, se presentan las variables utilizadas y sus acrónimos. Dentro de los resultados, se dedica un apartado a visualizar y entender la distribución geográfica de la obesidad en el país. Luego, se discuten los resultados derivados del modelo de regresión espacial. El capítulo concluye con algunas consideraciones finales.

4.1. Globalización y entorno obesogénico en México

La política pública del gobierno de México, alineadas con las directrices de salud global de la OMS, considera la obesidad principalmente como un problema individual. En consecuencia, sus esfuerzos se orientan a modificar los estilos de vida y los hábitos alimenticios del ciudadano-consumidor. Entre las estrategias implementadas por el gobierno de México se encuentran impuesto a las bebidas azucaradas, para desalentar su consumo; el etiquetado frontal de alimentos industrializados, que advierte sobre el exceso de calorías, azúcares, grasas saturadas y sodio; la regulación de la venta de alimentos en el entorno escolar; las campañas educativas, la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas; campañas de promoción y fomento de la actividad física (INSP, 2020).

La obesidad y la alimentación están determinadas por elecciones individuales, pero estas se ven condicionadas por factores estructurales. Desde las reformas neoliberales implementadas en México en la última década del siglo XX, se han otorgado mayores libertades empresariales para la comercialización de alimentos, orientando la oferta hacia la maximización de ganancias en lugar de la salud pública. Con la firma del TLCAN, México se integró de manera profunda en los mercados alimentarios internacionales, estableciendo una dependencia significativa de Estados Unidos, una de las potencias agroalimentarias más grandes del mundo (Otero 2018; Puyana and Romero 2009; Clark et al. 2012).

En el marco de la globalización, el gobierno de México reformó su política económica y agrícola hacia la liberalización de mercados alterando su sistema alimentario. Bajo programas de reajuste estructural, se redujeron subsidios y se enfocó en seguridad alimentaria sobre autosuficiencia alimentaria, priorizando la importación de alimentos más baratos. Este proceso estuvo marcado por las propuestas estadounidenses que promovieron la eliminación de subsidios, tarifas y barreras comerciales, así como la protección a la propiedad intelectual de fortaleciendo a empresas agroalimentarias multinacionales en México. Esta reorientación cambió drásticamente la estructura agrícola y alimentaria del país (Puyana and Romero, 2009).

El TLCAN facilitó la entrada de grandes empresas agroindustriales que, con enormes inversiones y eficientes estrategias de comercialización, lograron establecer un control casi monopolístico sobre la producción y distribución de alimentos en el país . Esta dinámica ha creado un entorno obesogénico, caracterizado por una transformación en el patrón alimentario de la

población y un aumento en la disponibilidad y accesibilidad hacia alimentos no saludables (Clark et al., 2012). Antes del TLCAN, la dieta de los mexicanos se basaba principalmente en alimentos como maíz, frijol, chile, verduras y frutas de temporada. Sin embargo, se notó un cambio hacia el consumo de harinas, incluyendo pan y galletas, carnes rojas y embutidos, huevo y pollo, leche, aceites vegetales, azúcar en refrescos y dulces, y sobre todo productos ultraprocesados (Santos 2014; Otero 2018).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, el consumo de alimentos ultraprocesados se ha convertido en un problema en México. Entre 2009 y 2014, las ventas per cápita diarias de estos productos crecieron en un 5.3 % en México. De modo que en 2013, los mexicanos adquirieron 212 kg de alimentos ultraprocesados por persona al año, lo que situó a México como el mayor consumidor de estos productos en América Latina (OPS, 2015).

El gasto en alimentos procesados y ultraprocesado ha crecido notablemente en México. Entre 2006 y 2022, el gasto real en alimentos en México aumentó un 8.4 % a nivel nacional. Los alimentos procesados crecieron un 30 % y los ultraprocesados un 20.5 %, mientras que el gasto en alimentos no procesados se mantuvo constante. La proporción del gasto en alimentos no procesados disminuyó del 60.2 % en 2006 al 55.8 % en 2022, mientras que los alimentos procesados y ultraprocesados aumentaron de 9.6 % y 26.5 % a 11.6 % y 29.5 %, respectivamente. Esto indica que las familias están gastando menos en alimentos saludables (Banxico, 2024).

El gasto en alimentos varió considerablemente entre las diferentes regiones de México. En 2022 la región centro destinó la mayor proporción del gasto en alimentos no procesados, seguida por el sur y el centro norte; la región norte mostró la menor proporción de gasto en alimentos no procesados y la mayor en alimentos procesados y ultraprocesados. El sur, por su parte, experimentó los mayores aumentos en el gasto en alimentos procesados y ultraprocesados entre 2016 y 2022 (Banxico, 2024).

En México, la comercialización de alimentos ultraprocesados es dominada por empresas multinacionales. Según la facturación del año 2022 (en miles de millones de pesos mexicanos), las principales empresas en términos de ingresos fueron Grupo Bimbo con 398.71, seguido por Coca-Cola Femsa con 226.74, Arca Continental con 207.79, Sigma Alimentos con 149.31, Gruma con 112.49, PepsiCo Alimentos México con 103.87, Grupo Lala con 93.37, Nestlé México con 85, Mondeléz México con 42.55, Pilgrim's Pride México con 37.16 (Statista, 2022). La

oferta alimentaria para los consumidores se canaliza principalmente a través de supermercados, tiendas de conveniencia y pequeñas tiendas de abarrotes. Del periodo 2010 al 2020, el número de supermercados en el país incrementó de 2,994 a 6,446, lo que representa una tasa de crecimiento media anual de aproximadamente 7.9%. En el mismo lapso, las tiendas de conveniencia crecieron de 21,730 a 54,974, con una tasa de crecimiento media anual de cerca del 9.7% (CentroGeo, 2023).

Por otro lado, la dieta varía considerablemente según la clase social. Las personas de bajos ingresos que destinan una gran proporción de su salario a la alimentación consideran el costo por encima de la calidad nutricional. Cabe señalar que las familias en los quintiles de ingreso más bajos destinan un 53% más de su gasto en alimentos a la compra de azúcares y un 80% menos a frutas en comparación con el quintil de mayores ingresos (Otero, 2018). Esta diferencia en el acceso a alimentos de calidad entre los grupos socioeconómicos subraya la desigualdad alimentaria actual.

Se debe tener en cuenta que la relación entre el estatus socioeconómico y la obesidad es dinámica y se modifica constantemente. En México, los actuales cambios en la alimentación no se acompañan de un incremento en los ingresos, sino que la pobreza y la desigualdad social se han acentuado, acrecentando las carencias alimentarias (Torres and Martínez, 2019). La situación del país se inscribe en un contexto más amplio de transición nutricional, en el que, durante las últimas décadas, los países de ingresos medios y bajos han experimentado un incremento más acelerado en las tasas de obesidad. Específicamente, las clases medias y altas de esos países tienden a adoptar dietas con un mayor contenido de comida rápida y alimentos ultraprocesados, ambos conocidos por sus propiedades obesogénicas (Popkin and Ng 2022; Fox et al. 2019). Estas tendencias han dado lugar a la doble carga de la malnutrición en México, que refiere a la coexistencia de desnutrición y obesidad en la población (Fernández et al., 2017).

A la par, el proceso de urbanización que ya se encuentra avanzado en los países desarrollados, sigue avanzando a paso veloz en las naciones en vías de desarrollo. En el caso de México 79% de la población vive en localidades urbanas y el 21% en rurales (INEGI, 2020). Esto es relevante porque los mercados urbanos se distinguen por una alta disponibilidad de alimentos obesogénicos, presentes en casi todos los espacios cotidianos: barrios, lugares de trabajo, áreas recreativas, escuelas e incluso hospitales (Hawkes et al., 2017). Dondequiera que las personas

se muevan en el ámbito urbano, enfrentan una constante exposición a publicidad, que con frecuencia se vinculan con modas y tendencias de consumo globales y a la proximidad de establecimientos que ofrecen este tipo de alimentos.

La forma en que se ocupa y se transita el espacio urbano son aspectos clave de un entorno obesogénico. La carencia de políticas urbanas efectivas y de una infraestructura carente de áreas para deportes y recreación, así como sistemas de transporte colectivo y ciclovías, desincentivan la actividad física día a día (Swinburn et al., 2019). Los estilos de vida modernos, caracterizados por el creciente sedentarismo, reducen las oportunidades para la movilidad activa y la actividad física diaria. De esa manera, la combinación entorno-sedentarismo, facilita el problema de obesidad debido a un menor gasto calórico.

Mientras tanto, las áreas rurales, tradicionalmente asociadas con dietas más regionales y naturales, no están inmunes a esta tendencia. Las empresas multinacionales de alimentos han hallado formas de llegar hasta los lugares más aislados, distribuyendo sus productos ultraprocesados a través de tiendas de abarrotes locales (Gálvez 2018; OPS 2015). Esta situación se vuelve aún más problemática en entornos rurales, donde las políticas nacionales de tipo neoliberal, que han desatendido la producción local de alimentos, limitan la variedad de opciones alimenticias saludables disponibles para esta población (Torres and Martínez, 2019).

La globalización cultural y la expansión de la información han promovido estilos de vida “modernos” en México, desplazando prácticas alimenticias tradicionales. El país se ha inclinado hacia productos globales, particularmente estadounidenses, favoreciendo una adaptación dietética hacia alimentos procesados y externos, que caracterizan el actual entorno obesogénico en México (Gálvez, 2018).

De esta manera, México a través de la globalización y acuerdos como el TLCAN, ha experimentado un profundo cambio en su entorno alimentario. A pesar de la diversidad y arraigo de la gastronomía nacional, el país no ha resistido la avalancha de alimentos ultraprocesados provenientes, principalmente, de Estados Unidos. Esta transformación dietética ha llevado a un alarmante entorno obesogénico. Aunque el gobierno ha tomado medidas, por la vía de los impuestos y etiquetado frontal, la influencia de poderosas multinacionales, sumada a desigualdades socioeconómicas, ha consolidado una dieta basada en productos menos saludables. Las consecuencias de esta situación se manifiestan en una población cada vez más obesa.

4.1.1. Variaciones regionales de la obesidad

Las investigaciones sobre obesidad y alimentación deben tomar en cuenta la dimensión social; existen algunos estudios que han enfatizado este aspecto. Torres and Martínez (2019) abordan la discusión sobre las diferencias geográficas de la seguridad alimentaria y su relación con el desarrollo económico en México. Destacan que el modelo neoliberal pone en riesgo la seguridad alimentaria, debido a una producción local de los alimentos disminuida y, menor acceso económico a una alimentación de calidad, sometiendo a amplios grupos de la población, particularmente del suroeste, a una condición de inseguridad alimentaria severa.

Uno de los mayores desafíos actuales para la seguridad alimentaria es la obesidad, un problema que se relaciona con la calidad de los alimentos a los que se tiene acceso. En el contexto mexicano se ha observado un vínculo entre la densidad de tiendas de conveniencia y mayores índices de masa corporal entre la población, sobre todo en las zonas metropolitanas (Pineda et al., 2021). Al analizar la geografía de la obesidad a nivel de los municipios en México, se ha identificado que tiende a concentrarse en el espacio conformando regiones con altas tasas de obesidad, estas se han identificado a lo largo de la frontera norte del país y en la península de Yucatán, zonas que se hayan más integradas a los procesos globales y con mayores niveles de riqueza (García and Santiago, 2023).

En países de ingresos medios, como México, las clases medias y altas tienden a adoptar dietas hipercalóricas (Fox et al., 2019). No obstante, la relación entre ingresos y obesidad no es lineal. Existe evidencia de una curva de Kuznets de la obesidad a nivel internacional, lo que implica que, a medida que los ingresos aumentan, también lo hace la obesidad hasta llegar a un punto de inflexión donde la relación se invierte y los niveles de obesidad comienzan a disminuir con el aumento continuo de los ingresos (Windarti et al., 2019). Sin embargo, algunos estudios sugieren que, aunque esta relación positiva se ha debilitado, aún no se ha vuelto negativa (Talukdar et al., 2020).

La globalización, también refuerza el consumo de alimentos obesogénicos gracias a la difusión social y cultural del modelo de consumo estadounidense hacia México (Gálvez, 2018). Debido a su proximidad y la intensidad de interacciones sociales entre ambos países, la influencia podría ser más marcada en el norte de México (Méndez Delgado et al., 2023). De esta manera, la influencia cultural del norte y la interacción con áreas turísticas del sur, como la

península de Yucatán, ofrecen una posible explicación del comportamiento de la obesidad en dichas regiones.

4.2. ¿Cómo surgen los patrones espaciales?

Las disparidades en la obesidad entre individuos en diferentes ubicaciones geográficas han despertado el interés por comprender como la exposición sistemática de estos individuos a las características de su entorno favorece a mayores tasas de obesidad. Esta relación es especialmente relevante al analizar el entorno alimentario y socioeconómico y su vínculo con la obesidad, que son el principal objetivo de este trabajo. Los Sistemas de Información Geográfica (SIG) capturan datos con características espaciales, en conjunto con herramientas estadísticas utilizadas por la econometría espacial han incrementado las posibilidades del estudio de fenómenos relacionados con la salud, por lo que estas son las principales herramientas analíticas utilizadas en el estudio.

4.2.1. Métodos

Los patrones espaciales surgen debido a los efectos espaciales, los cuales se dividen en heterogeneidad espacial y dependencia espacial. El concepto de dependencia espacial es fundamental, indicando que lo que ocurre en una ubicación tiene relación con lo que sucede en ubicaciones cercanas (Anselin 2001; Getis 2008). En el contexto de este estudio, la tasa de la obesidad en un lugar puede estar relacionada con lugares vecinos. Esto sugiere que el comportamiento social de las personas puede estar influenciado no solo por su contexto local sino más bien regional.

El análisis espacial utiliza la noción de vecindad y matrices de pesos espaciales, que representan las conexiones entre unidades espaciales. Las matrices de pesos espaciales denotadas por W se construyen a partir de matrices binaria donde se tiene que el elemento $w_{ij} = 1$ cuando i es vecino de j y $w_{ij} = 0$ cuando no existe vecindad. Los elementos de la diagonal principal de dicha matriz son iguales a cero para evitar que una región sea su propio vecino (Anselin, 2001). La matrices W se estandarizan por filas de manera que $\sum_j w_{ij} = 1$, de esta forma se obtienen matrices de ponderadores espaciales. Al multiplicar W por un vector de nuestra variable de interés y obtenemos el operador de rezago espacial Wy . Este operador, usado dentro de un modelo espacial, nos informa cómo las cosas que suceden en un municipio

se ven influenciadas por lo que acontece a su alrededor (Anselin, 1988) .

La correlación espacial indica cómo los datos de un lugar se relacionan con lugares cercanos. Se puede visualizar con mapas temáticos, pero para una confirmación precisa, se usa el indicador de autocorrelación espacial global también conocido como el test I de Moran (LeSage, 2008). Su expresión matemática es:

$$I \text{ de Moran} = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_{ij} (x_i - \bar{x})(x_j - \bar{x})}{S^2 \sum_{i=1}^n \sum_{i \neq j}^n w_{ij}} \quad (4.1)$$

donde n es el número de municipios; x_i, x_j son los valores de una localización i, j ; w_{ij} es la matriz de ponderadores espaciales; y S denota la desviación estándar en los datos. El indicador toma valores en el intervalo $(-1, 1)$ para medir la dirección y grado de la correlación espacial. Un coeficiente de autocorrelación positivo significa que valores parecidos están agrupados juntos más de lo normal. Si es negativo, hay más variación en la distribución espacial (LeSage, 2008). Luego, se utilizan valores Z para probar la significancia de la dependencia espacial.

Los indicadores de asociación espacial local univariado (LISA, por sus siglas en inglés), que se derivan del indicador global, son adecuados para identificar el clustering de fenómenos en el espacio y visualizarlos mediante puntos calientes, valores altos y positivos del estadístico I_i indican asociación espacial de valores similares (en este caso, municipios en regiones alto-alto y bajo-bajo) y valores negativos indican asociación entre valores disímiles (municipios en regiones bajo-alto y alto-bajo) (Anselin 1995; Anselin 2005). El I de Moran local se estima de la siguiente manera:

$$I_{i,\text{local}} = \frac{z_i \sum_j w_{ij} z_j}{\sum_j z_j^2} \quad (4.2)$$

con la z en desviaciones de la media estandarizada y w_{ij} es el peso espacial entre las localizaciones i y j .

Esta técnica se puede extender a la correlación espacial entre dos diferentes variables, al utilizar los Indicadores de asociación espacial local bivariado, se analiza cómo el valor de una variable en una ubicación determinada se compara con los valores de otra variable en ubicaciones cercanas. Resulta un método apropiado para evaluar y visualizar la relación espacial

entre dos variables. El mapa de puntos calientes y fríos sirve como un medio gráfico para entender y presentar estos patrones espaciales de correlación (Anselin, 2005). Con un rezago espacial $\sum_j w_{ij}y_j$. y ambas variables estandarizadas: el I de Moran bivariado se estima de la siguiente manera:

$$I_{\text{bivariado}} = \frac{n \sum_i \sum_j w_{ij} (x_i - \bar{x})(y_j - \bar{y})}{\sum_i (x_i - \bar{x})^2} \quad (4.3)$$

Los modelos de regresión espacial son los más adecuados cuando los datos exhiben heterogeneidad espacial y/o dependencia espacial (lo cual implica incumplir los supuestos clásicos de MCO). Esta última se incorpora en los modelos mediante la agregación de un rezago espacial. El modelo propuesto por Manski (1993) sirve como base para los principales modelos de econometría espacial, derivando en varios modelos al aplicar restricciones en sus parámetros (Elhorst 2010; Floch and Le Saout 2018). El modelo de Manski se expresa como sigue:

$$Y = \rho \cdot WY + X \cdot \beta + WX \cdot \theta + u \quad (4.4)$$

$$u = \lambda \cdot Wu + \epsilon \quad (4.5)$$

donde Y es un vector $n \times 1$ de observaciones de la variable dependiente; X es una matriz $n \times k$ de observaciones de las variables explicativas con sus parámetros β asociados; W es la matriz de ponderaciones espaciales; ϵ es un vector $n \times 1$ de perturbaciones no observables; ρ es el parámetro de interacción endógena; θ es el parámetro de interacción exógena y λ es el parámetro de autocorrelación espacial de los errores.

Dependiendo de la restricción aplicada a los parámetros ρ , θ y λ , se pueden derivar los siguientes modelos espaciales:

- **Modelo SAR (Spatial Autoregressive Model):** Si $\theta = 0$ y $\lambda = 0$, obtenemos el modelo SAR:

$$Y = \rho \cdot WY + X \cdot \beta + \epsilon \quad (4.6)$$

- **Modelo SEM (Spatial Error Model):** Si $\rho = 0$ y $\theta = 0$, obtenemos el modelo SEM:

$$Y = X \cdot \beta + u \quad (4.7)$$

$$u = \lambda \cdot Wu + \epsilon \quad (4.8)$$

- **Modelo SDM (Spatial Durbin Model):** Si $\lambda = 0$, obtenemos el modelo SDM:

$$Y = \rho \cdot WY + X \cdot \beta + WX \cdot \theta + \epsilon \quad (4.9)$$

- **Modelo SAC (Spatial Autoregressive Combined):** Considerando todos los parámetros, ρ , θ y λ , obtenemos el modelo SAC:

$$Y = \rho \cdot WY + X \cdot \beta + u \quad (4.10)$$

$$u = \lambda \cdot Wu + \epsilon \quad (4.11)$$

donde Y es un vector $n \times 1$ de observaciones de la variable dependiente; X es una matriz $n \times k$ de observaciones de las variables explicativas con sus parámetros β asociados; W es la matriz de ponderaciones espaciales; u es un vector de términos de error espacialmente autocorrelacionados; ϵ es un vector de perturbaciones no observables; ρ es el parámetro de interacción endógena; λ es el parámetro de autocorrelación espacial de los errores.

El modelo SAC ¹ permite analizar cómo la obesidad en una región se ve influenciada tanto por los niveles de obesidad en las regiones vecinas (capturado por ρ) como por factores no observados que también afectan a las regiones vecinas (capturado por λ). Los coeficientes β indican el efecto de las variables explicativas en la variable dependiente.

4.2.2. Datos y variables

En este estudio se analiza el entorno obesogénico en su dimensión espacial, para ello se exploran los patrones espaciales de la obesidad en adultos dentro del territorio mexicano y en seguida se avanza en el análisis de las relaciones espaciales entre las características alimentarias y socioeconómicas con la tasa de obesidad. A continuación se presentan los datos y variables empleados .

Los municipios son la resolución espacial más fina para los cuales se dispone información. El análisis empírico se centra en los 2,456 municipios de México para el año 2018. Los municipios son divisiones político-administrativas del territorio nacional que componen a los estados del

¹Según los criterios de mejor ajuste obtenidos en la sección de estimación que se resumen en el cuadro 4.5, el modelo SAC ha demostrado proporcionar un ajuste superior en comparación con los modelos SAR, SEM y SDM.

país y que a su vez están conformados por localidades. A partir de datos disponibles en INEGI sobre la Prevalencia de Obesidad, Hipertensión y Diabetes para los Municipios de México 2018, se pudo obtener información a escala municipal referente a la tasa de obesidad. Esta variable provee información sobre el porcentaje de población mayor a 20 años que presenta obesidad (INEGI, 2018).

Las variables empleadas en este estudio aparecen en el cuadro 4.1. Para analizar el efecto del entorno alimentario se utiliza un índice de unidades económicas de comida no saludable del entorno alimentario minorista, en el cual se considera cualquier establecimiento donde se realicen ventas al por menor de productos alimenticios. Contempla, desde establecimientos que venden productos alimenticios al por menor hasta restaurantes que ofrecen variedades de antojitos mexicanos, saludables y no saludables. Incluye cadenas comerciales, franquicias, cafeterías, comercios locales con ofertas variadas, fondas tradicionales y supermercados (CentroGeo, 2023). El índice se obtuvo de la siguiente manera:

$$\text{Índice} = \left(\frac{\sum \text{ECNS}}{\sum \text{ECS} + \sum \text{ECNS}} \right) \times 100$$

Donde:

ECS = Establecimientos de comida saludable

ECNS = Establecimientos de comida no saludable

Para entender y describir el entorno social de una región o comunidad, es esencial analizar indicadores que reflejen desigualdades estructurales. Uno de estos indicadores es el "Porcentaje de población con carencias alimenticias". Este indicador es relevante ya que las carencias alimentarias pueden inducir a las personas a seleccionar alimentos económicamente accesibles, pero con bajo valor nutricional (CentroGeo, 2023).

Además, es importante tener en cuenta que el nivel de ingresos influye directamente en las decisiones alimenticias de los individuos. Un ingreso más elevado generalmente brinda una mayor capacidad de elección entre alimentos saludables y no saludables. Por lo tanto, se incluye como indicador el porcentaje de población que percibe más de 2 salarios mínimos², (CONAPO, 2020).

²La variable porcentaje de población que percibe más de dos salarios mínimos (pp2sm) se derivó utilizando la fórmula 100 – % de población que percibe menos de dos salarios mínimos.

Cuadro 4.1: Selección de variables explicativas del estudio

Variable	Descripción	Acrónimo	Fuente
Entorno Alimentario	Índice de unidades económicas de comida no saludable del entorno alimentario minorista	índice_ns	(CentroGeo, 2023)
Carencias Alimenticias	% de población con carencias alimenticias	pc_ca	(CentroGeo, 2023)
Ingreso	% Población que percibe más de 2 salarios mínimos	pp2sm	(CONAPO, 2020)
Urbanización	% Población en localidades con menos de 5,000 habitantes	pl5000	(CONAPO, 2020)
Acceso a servicios de salud	% Población sin acceso a servicios de salud	psinss	(CentroGeo, 2023)

En relación con las diferencias del entorno urbano-rural, la población rural también se encuentra en riesgo de obesidad ya que enfrentan limitaciones en el acceso a alimentos variados y de calidad. En consecuencia, se ha optado por considerar el “porcentaje de población en localidades con menos de 5,000 habitantes” como un indicador relevante (CONAPO, 2020). Por otro lado, la ausencia de los servicios de salud puede conllevar deficiencias en la educación nutricional y en el monitoreo del estado de salud. Por ello, se examinará su relación con la prevalencia de obesidad en los municipios estudiados (CentroGeo, 2023).

Finalmente, en el cuadro 4.2 se presentan algunas medidas de estadística descriptiva. En un municipio típico en México el 32 % de la población presenta obesidad. En promedio el 26 % de los establecimientos de comida minorista se asocian a comida no saludable. Un municipio promedio en el país cuenta con un 23 % de su población con carencias alimenticias, al mismo tiempo que tan solo 18 % obtiene ingresos mayores a dos salarios mínimos. En promedio, el 25 % de la población de cada municipio no tiene acceso a los servicios de salud.

Cuadro 4.2: Estadísticas Descriptivas

	obesidad	índice_ns	pc_ca	pp2sm	p15000	psinss
Min.	0.00	0.02	0.10	0.00	0.00	1.10
1st Qu.	26.51	0.20	14.70	8.42	40.27	16.00
Median	32.22	0.26	21.30	15.39	100.00	23.20
Mean	32.09	0.26	23.00	17.88	70.04	25.09
3rd Qu.	37.95	0.32	29.40	25.39	100.00	32.80
Max.	79.54	0.79	75.70	71.55	100.00	83.90

4.3. Resultados del análisis espacial

En esta sección, se aplican diversas herramientas descritas previamente en el apartado de métodos para identificar propiedades espaciales en los datos, como la autocorrelación espacial. Se definió una relación de vecindad utilizando una matriz de tipo reina de primer orden, donde el criterio de vecindad se basa en la contigüidad física inmediata en cualquier dirección. Posteriormente, esta matriz fue estandarizada por filas para obtener una matriz de pesos espaciales.

El índice I de Moran global es una herramienta estadística que permite sintetizar en un solo valor el patrón espacial global de un atributo geográfico, en nuestro análisis, la tasa de obesidad. Bajo la hipótesis nula, el índice sugiere una distribución espacial completamente aleatoria. Para la tasa de obesidad, se obtuvo un índice I de Moran global de 0.745 (ver gráfica 4.1). Este valor, significativamente distinto de cero, indica una autocorrelación espacial positiva. Esto significa que municipios geográficamente cercanos tienden a mostrar tasas similares de obesidad. En otras palabras, hay conglomerados o grupos de municipios donde la tasa de obesidad es alta, y de manera similar, existen conglomerados donde es baja.

4.3.1. Patrón espacial de la tasa de obesidad

Para determinar la ubicación exacta de estos clústeres y si se traslapan en el espacio, llevamos a cabo un análisis univariado y bivariado de clústeres. Las estadísticas LISA proporcionan información más detallada sobre los tipos de agrupación en las tasas de obesidad. La figura 4.2 muestra los mapas significativos de los LISA para las tasas de obesidad por municipios

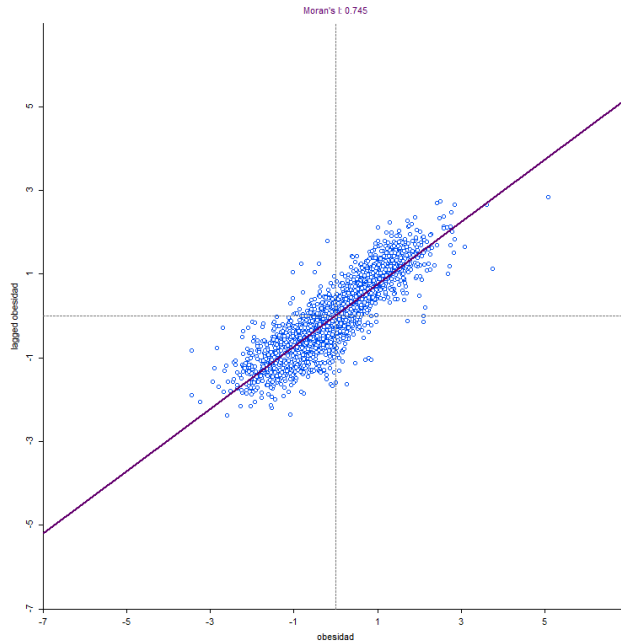


Figura 4.1: I de Moran global de la variable obesidad

en México. En concreto, se distinguen cuatro tipos de clústeres: 1) Alto-Alto (A-A) también conocidos como puntos calientes, indica la agrupación de valores altos de las tasas de obesidad; 2) Bajo-Alto (B-A) reflejan municipios con tasas bajas de obesidad adyacentes a aquellos con tasas altas; 3) Bajo-Bajo (B-B) o puntos fríos, representan agrupaciones de municipios con valores bajos en tasas de obesidad; 4) Alto-Bajo (A-B) indica municipios con tasas altas de obesidad adyacentes a aquellos con tasas bajas.

El mapa LISA en la figura 4.2a sugiere que los puntos calientes de obesidad predominan en el norte del país, en municipios de estados fronterizos con Estados Unidos como Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas. También se detectaron en la península del sur de México. En cambio, los puntos fríos se localizan mayormente en el sur de México en zonas donde apremian las condiciones de pobreza. Esta configuración espacial fue descrita previamente por (García and Santiago, 2023). Por su parte, la figura 4.2b muestra el mapa de significancia de las asociaciones espaciales. Las áreas categorizadas como no significativo, indican que la obesidad se distribuye de forma aleatoria.

El análisis espacial representado en el mapa 4.3a muestra cómo se distribuyen los lugares minoristas de comida no saludable en México. Destacan las áreas en rojo, que indican una alta concentración de estos establecimientos, localizados principalmente en el norte y centro

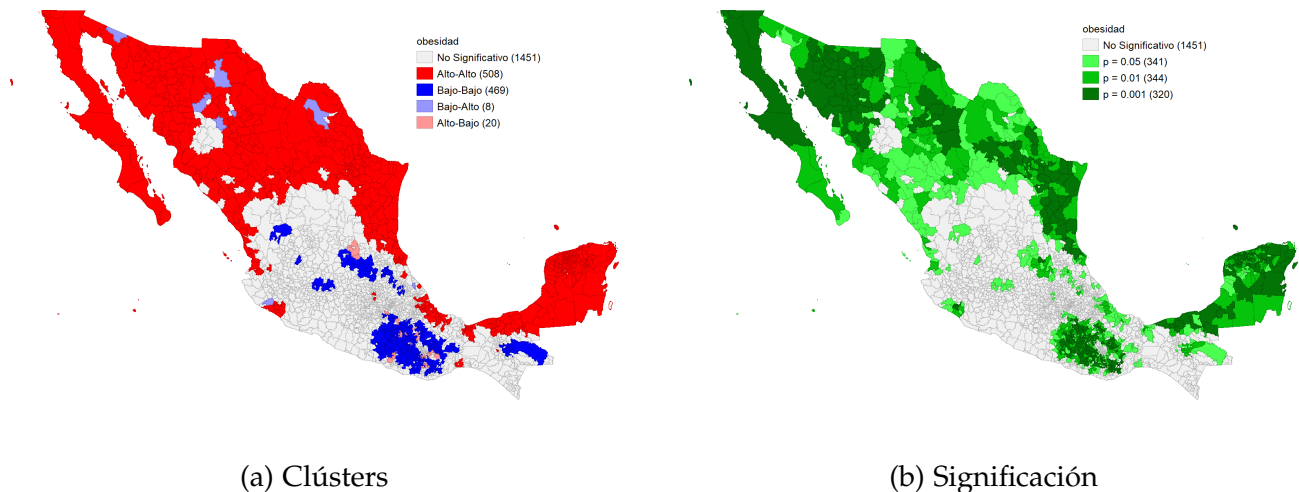


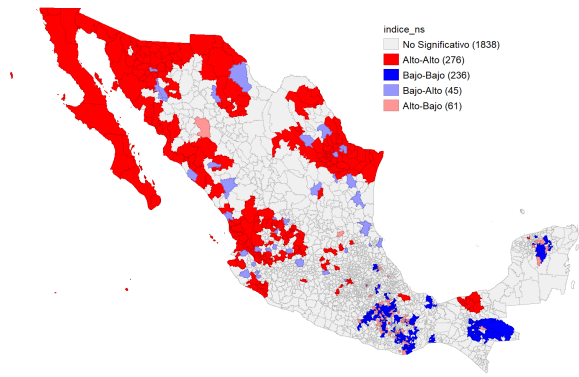
Figura 4.2: Detección de clústers de la obesidad en México

Fuente: elaboración propia con base en datos de INEGI.

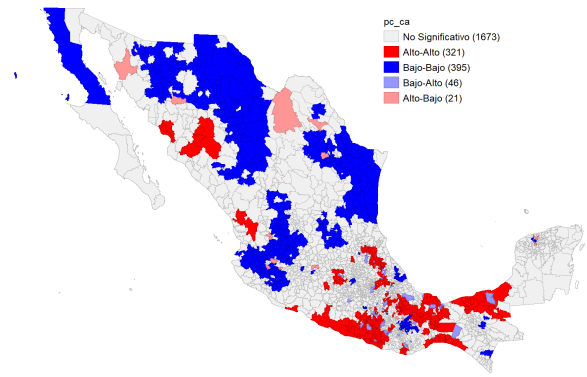
del país, abarcando estados como Sonora, Chihuahua, Coahuila, Durango y Zacatecas. En contraste, las regiones del sur, especialmente en Oaxaca, Chiapas y Guerrero, muestran una baja prevalencia de lugares de comida no saludable, representadas en azul oscuro. Además, se observan diferencias locales donde ciertas áreas presentan una baja concentración rodeadas por alta concentración (azul claro) y viceversa (rosado).

El mapa 4.3b destaca la concentración de personas con carencias alimentarias. Las regiones marcadas en rojo se concentran principalmente en el sur y centro del país, especialmente en estados como Oaxaca, Chiapas, Veracruz, y partes del Estado de México y Puebla, indicando altas prevalencias de carencias alimentarias en estas áreas. En contraste, las regiones en azul oscuro, que representan bajas prevalencias, se ubican principalmente en el norte y centro-norte del país, incluyendo estados como Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Jalisco y Zacatecas.

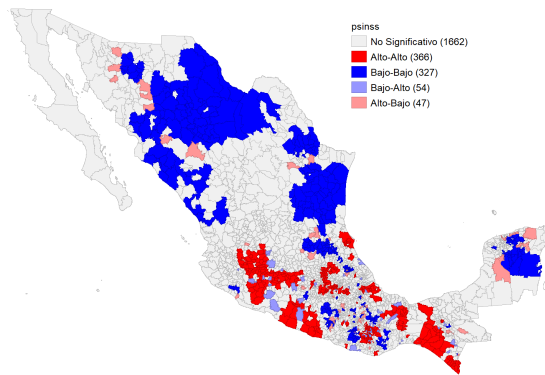
La distribución espacial del porcentaje de población sin acceso a los servicios de salud se detalla en el mapa 4.3c. Las regiones marcadas se concentran principalmente en el centro y sur del país, incluyendo estados como Puebla, Oaxaca, Guerrero, y Veracruz. En contraste, las regiones en azul oscuro, que representan bajas concentraciones de población sin acceso a servicios de salud, se encuentran predominantemente en el norte y noreste del país, en estados como Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, y Tamaulipas.



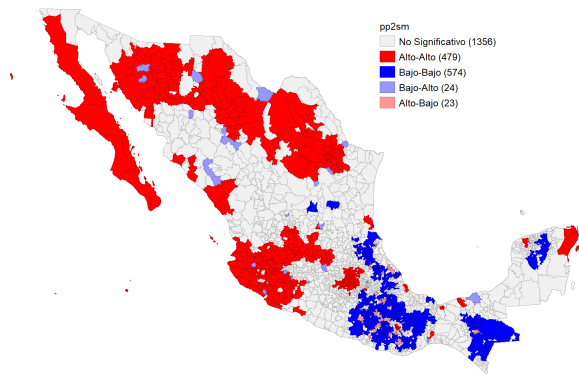
(a) Entorno alimentario



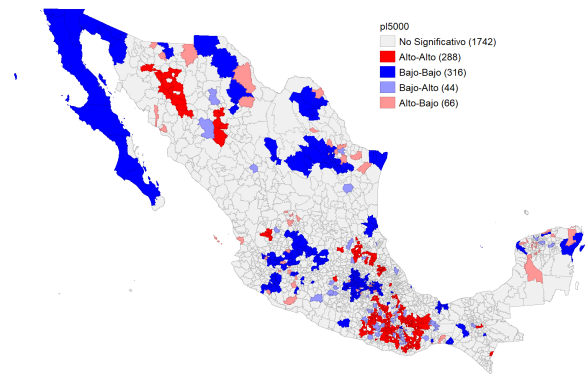
(b) Carencias alimenticias



(c) Servicios de salud



(d) Ingreso



(e) Urbanización

Figura 4.3: Detección de clústers en México (análisis univariado).

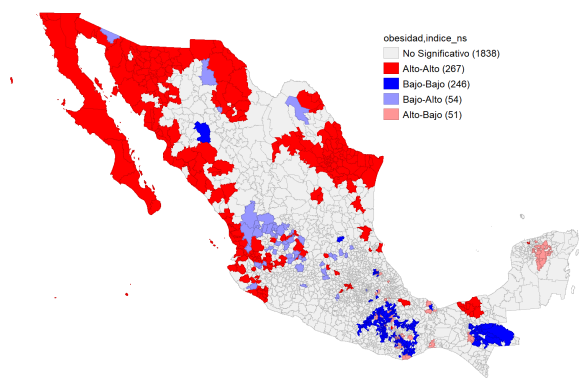
Fuente: elaboración propia con base en datos de INEGI.

El mapa 4.3d ilustra una alta concentración de personas que ganan más de dos salarios mínimos en el norte y centro del país, incluyendo estados como Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, y Jalisco. En contraste, las regiones en azul oscuro, se encuentran principalmente en el sur y sureste del país, especialmente en estados como Oaxaca, Chiapas, Veracruz, y Guerrero. La situación de la población rural se detalla en el mapa 4.3e. Una alta concentración se observa principalmente en el centro y sur del país, especialmente en estados como Oaxaca, Puebla, Hidalgo, Michoacán y el Estado de México. En contraste, las regiones en azul oscuro, se encuentran predominantemente en el norte y noroeste del país, incluyendo estados como Baja California, Sonora, Chihuahua y Nuevo León.

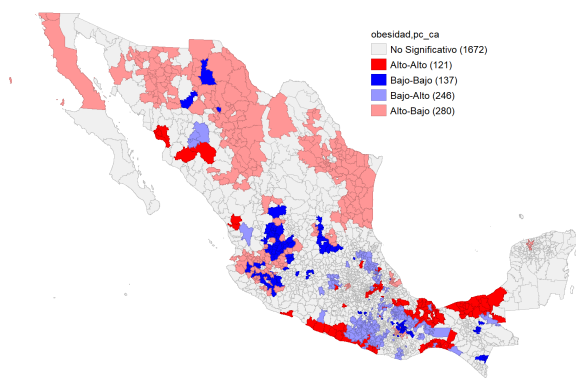
Un análisis bivariado del índice I de Moran local nos permite explorar la relación espacial entre dos variables, por ejemplo, la obesidad y el entorno alimentario no saludable. El objetivo es identificar si las áreas con altas tasas de obesidad también presentan características no saludables en su entorno alimentario y socioeconómico. Los resultados de este análisis espacial se presentan en los mapas de la figura 4.4.

Los puntos calientes de la figura 4.4a demuestran la interacción entre dos factores preocupantes. En estas áreas, una alta proporción de individuos presenta obesidad, y este fenómeno está acompañado por un entorno donde en la venta minorista predominan los alimentos no saludables. Esta asociación se detecta en varias regiones: En el norte de México, regiones como Baja California, Baja California Sur, el noroeste de Sonora y Chihuahua se distinguen por esta combinación. A lo largo de la costa del Pacífico, también se observan conglomerados que siguen este patrón. Hacia el noreste, municipios dentro de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas. Hacia el centro, el área de la Ciudad de México presenta esta dinámica. Finalmente, hacia el sureste, entre Tabasco y Campeche, se observa una tendencia similar. Por otro lado, los puntos fríos se observan en el sur, en estados como Oaxaca y Chiapas. Cabe destacar que regiones como Jalisco y Nayarit presentan un patrón bajo-alto, esto sugiere que, a pesar de tener un entorno alimentario no saludable las tasas de obesidad son relativamente bajas.

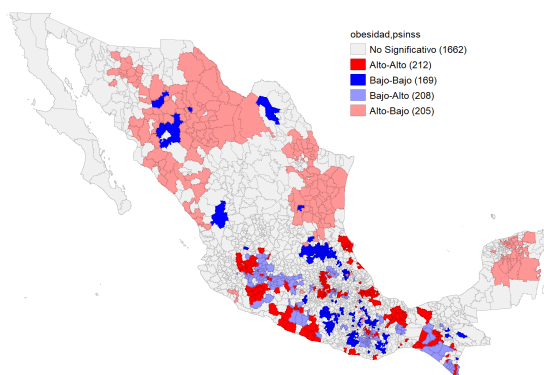
En la Figura 4.4b, se ilustran las interacciones entre la obesidad y las carencias alimenticias. Al norte del país, se observa un patrón Alto-Bajo, indicando que en los municipios con altas tasas de obesidad predominan menores carencias alimenticias en comparación con otras regiones del territorio nacional. Resalta la presencia de conglomerados Alto-Alto en el sur del país, específicamente en municipios de Campeche, Tabasco y Veracruz. Estas zonas denotan alta



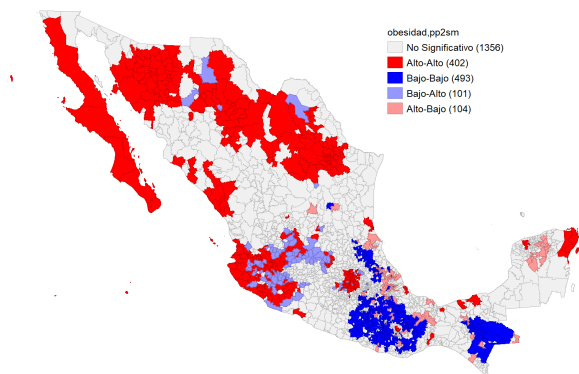
(a) Entorno alimentario



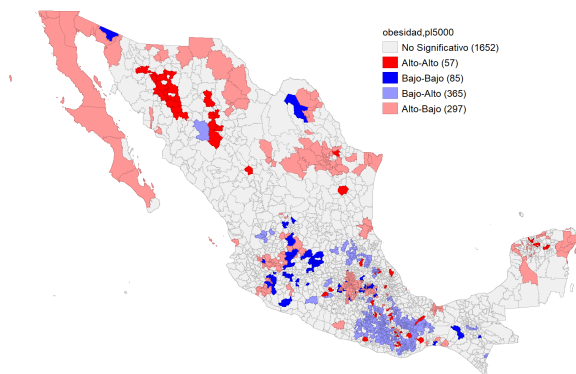
(b) Carencias alimenticias



(c) Servicios de salud



(d) Ingreso



(e) Urbanización

Figura 4.4: Detección de clústers de la obesidad en México (análisis bivariado).

Fuente: elaboración propia con base en datos de INEGI.

prevalencia de obesidad acompañada de significativas carencias alimenticias. Otras áreas que siguen esta misma tendencia se encuentra en la zona costera de Oaxaca y Guerrero. Sin embargo, es importante señalar que hacia el interior de estos estados, especialmente en Oaxaca, surge un patrón diferente: bajos niveles de obesidad pero con altas carencias alimenticias.

En la Figura 4.4c, se expone la relación espacial entre la obesidad y el acceso a servicios de salud. Hacia el norte, destaca un patrón Alto-Bajo, donde se registran altas tasas de obesidad y al mismo tiempo un menor grado de carencia en servicios de salud, lo que podría interpretarse también como un mayor acceso a dichos servicios. Esta misma tendencia se refleja en la península sur del país. En contraste, desde el centro hacia el suroeste de México, se pueden identificar puntos calientes en las costas del Pacífico y del Golfo, zonas que indican alta prevalencia de obesidad y también altas tasas de acceso a servicios de salud. Sin embargo, es importante mencionar que en estas mismas regiones se detectan puntos fríos o un patrón Bajo-Alto, lo que sugiere lugares con bajas tasas de obesidad pero con carencias en servicios de salud.

Al examinar la Figura 4.4d, que establece la relación espacial entre la tasa de obesidad y el nivel de ingresos, es notable la presencia de un amplio conglomerado en las regiones noreste y noroeste de México. Estos municipios presentan altas tasas de obesidad, acompañadas de mayores niveles de ingreso en comparación con otras regiones del territorio nacional. Esta alta concentración de obesidad junto con mayores ingresos es visible en estados como Nuevo León, Coahuila, Chihuahua y Sonora, y se extiende hasta Baja California.

Esta tendencia puede reflejar que, a pesar de contar con mayores recursos económicos que podrían traducirse en mejores opciones de alimentación y salud, la prevalencia de obesidad sigue siendo alta. Esto puede estar relacionado con la influencia de un entorno alimentario no saludable descrito previamente en la figura 4.4a. Por otro lado, las costas del Pacífico en los estados de Jalisco y Nayarit también muestran este patrón, así como algunas áreas turísticas de Quintana Roo. En contraste, en el centro-norte identifica un patrón Bajo-Alto, lo que sugiere que a pesar de los ingresos relativamente más altos, la prevalencia de obesidad es menor. Hacia la costa de Jalisco y Colima se observa un patrón Alto-Alto. Finalmente, los puntos fríos en Oaxaca y Chiapas indican bajas tasas de obesidad y, al mismo tiempo, bajos niveles de ingresos. Esto puede reflejar las limitaciones económicas para acceder a los alimentos.

Al analizar la Figura 4.4e, que refleja la relación espacial entre la tasa de obesidad y el porcentaje de población que reside en localidades rurales con menos de 5 mil habitantes. Se observa que en el norte de México prevalece un patrón Alto-Bajo, lo que indica que en áreas con altas tasas de obesidad hay una menor proporción de población viviendo en localidades rurales. Contrastando con el norte, hacia Oaxaca, se destaca un patrón Bajo-Alto. Aquí, las zonas con menores tasas de obesidad coinciden con una mayor proporción de población en localidades rurales. La región de Jalisco y el Bajío presenta puntos fríos, es decir, zonas con bajas tasas de obesidad y bajos porcentajes de población en localidades rurales. Aunque se identifican puntos calientes, estos forman conglomerados más pequeños y dispersos.

4.3.2. Asociación espacial de la obesidad con el entorno alimentario y social

Con el propósito de analizar más a detalle la relación entre la prevalencia de obesidad y diferentes factores, se estimaron modelos de regresión espacial. Ante la presencia de autocorrelación espacial, estos modelos son apropiados para evitar el sesgo en las estimaciones. Los criterios de mejor ajuste obtenidos revelan que el modelo combinado autorregresivo (SAC) proporciona un ajuste superior en comparación con otros modelos. A fin de proporcionar un marco comparativo, también se presentan las estimaciones obtenidas mediante Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO), el modelo espacial autorregresivo (SAR), el modelo de error espacial (SEM) y el modelo espacial de Durbin (SDM). Sin embargo, el análisis posterior se centrará en el modelo SAC debido al mejor ajuste.

Antes de pasar a los resultados de estas regresiones, el cuadro 4.3, presenta la Prueba de Factor de Inflación de la Varianza (VIF, por sus siglas en inglés) para detectar la multicolinealidad entre las variables independientes. Todas ellas tienen un VIF menor a 2, esto indica que no hay problemas de multicolinealidad en el modelo.

A continuación, se presentan los resultados de la estimación de varios modelos y la discusión de los resultados. Los detalles de la estimación se encuentran en el cuadro 4.4, mientras que el cuadro 4.5 presenta los criterios de mejor ajuste entre los modelos. El análisis de los indicadores de calidad de ajuste, AIC y el Log likelihood, sugiere que los modelos con componentes espaciales ofrecen un mejor ajuste a los datos en comparación con el modelo lineal MCO. Específicamente, el modelo SAC destaca al presentar el Criterio de Información de Akaike (AIC) más bajo y un Log likelihood mayor, indicando que es el modelo que mejor

Cuadro 4.3: Prueba de multicolinealidad

Variable	VIF
indice_ns	1.2837
pc_ca	1.1750
pp2sm	1.9304
pl5000	1.6169
psinss	1.0962

captura la estructura de los datos. La formulación empírica del modelo SAC se presenta en las ecuación 4.12 y 4.13.

$$obes = \rho W \cdot obes + \beta_1 \cdot indice_ns + \beta_2 \cdot pc_ca + \beta_3 \cdot pp2sm + \beta_4 \cdot pl5000 + \beta_5 \cdot psinss + u \quad (4.12)$$

$$u = \lambda W \cdot u + \epsilon \quad (4.13)$$

La interpretación de los coeficientes en un modelo SAC requiere un enfoque especial, dado que los coeficientes reflejan tanto efectos directos (impacto de una variable independiente en la variable dependiente en una localidad específica) como efectos indirectos (impacto de una variable independiente en la variable dependiente en localidades vecinas) y los efectos de la correlación espacial en los errores.

Debido a los efectos espaciales los coeficientes del modelo SAC no pueden interpretarse directamente como la derivada parcial de la variable obesidad respecto a cada una de las variables explicativas, es decir, en forma de cambio marginal. Por consiguiente se calcularon los impactos directos e indirectos, los cuales se muestran en el cuadro 4.6. En este análisis, la interpretación se centrará en el signo de los coeficientes y su relevancia en el contexto de la obesidad y el entorno alimentario en México.

Los resultados presentados en el cuadro 4.6 indican un coeficiente positivo para el índice de unidades económicas de comida no saludable *indice_ns*, el cual mide qué tan saturado está un municipio con establecimientos que ofrecen comida poco saludable. A medida que aumenta este índice, la obesidad también tiende a aumentar, resaltando la influencia que ejerce

Cuadro 4.4: Resultados de los modelos de regresión

Variable	MCO	SAR	SDM	SEM	SAC
Intercepto	27.635***	3.521***	6.465***	26.512***	45.945***
indice_ns	17.601***	4.885***	3.906***	3.974***	2.749***
pc_ca	-0.029	0.003	0.004	0.001	0.001
pp2sm	0.255***	0.089***	0.139***	0.158***	0.133***
pl5000	-0.042***	-0.016***	-0.010**	-0.008*	-0.006*
psinss	-0.038**	0.019**	0.062***	0.065***	0.058***
lag.indice_ns	-	-	2.518	-	-
lag.pc_ca	-	-	-0.010	-	-
lag.pp2sm	-	-	-0.096***	-	-
lag.pl5000	-	-	-0.017**	-	-
lag.psinss	-	-	-0.102***	-	-
ρ	-	0.812***	0.813***	-	-0.618***
λ	-	-	-	0.861***	0.961***
Log likelihood	-	-7215.652	-7173.689	-7224.589	-7142.846
AIC (modelo lineal)	-	16593	16292	16593	16593
AIC (modelo espacial)	-	14447	14373	14465	14304
R ² Ajustado	-	-	-	-	-
F-statistic	-	-	-	-	-

*** $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$; · $p < 0.1$

Cuadro 4.5: Comparación de modelos ordenados por AIC

Modelo	Log likelihood	AIC (modelo espacial)
SAC	-7142.84	14304
SDM	-7173.68	14373
SAR	-7215.65	14447
SEM	-7224.58	14465
MCO	-8289.60	16593

la omnipresencia de alimentos no saludables en la vida diaria de las personas. Este entorno está vinculado a las prácticas de la industria alimentaria, que ha construido una extensa red de distribución y saturado el mercado con alimentos rentables pero poco saludables (Otero 2018; Gálvez 2018). La industria alimentaria utiliza tácticas de marketing agresivo y manipulación de

Cuadro 4.6: Resultados de los efectos espaciales

	Directo	Indirecto	Total
Medidas de impacto			
indice_ns	2.9166**	-1.2180**	1.6987**
pc_ca	0.0011	-0.0005	0.0006
pp2sm	0.1412***	-0.0590***	0.0823***
pl5000	-0.0069**	0.0029**	-0.0040**
psinss	0.0610***	-0.0255***	0.0355***

*** $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$

políticas públicas para aumentar el consumo de sus productos, produciendo y reproduciendo el problema de la obesidad (Nestle, 2019).

El entorno alimentario muestra un impacto significativo tanto directo como indirecto en la prevalencia de la obesidad. Este resultado subraya cómo la oferta y disponibilidad de alimentos en un municipio no solo afecta a sus propios habitantes, sino que también tiene repercusiones en los municipios adyacentes. La expansión de establecimientos que venden alimentos ultraprocesados promovidos por la globalización del capital agroalimentario han creado un entorno obesogénico en todo el país. Las políticas públicas, como el impuesto a las bebidas azucaradas y el etiquetado frontal de alimentos, aunque necesarias, no han sido suficientes para contrarrestar el impacto de estas transformaciones en el entorno alimentario.

Aunque las carencias alimenticias *pc_ca* no presentaron significancia estadística, su inclusión en el análisis es relevante debido a la coexistencia de desnutrición y obesidad, conocida como la doble carga de la malnutrición, fenómeno observable en muchas regiones de México (Fernández et al. 2017). En algunas áreas con altas carencias alimenticias, la prevalencia menor de obesidad podría indicar que la malnutrición por deficiencia está más presente en esas áreas (Torres and Martínez 2019). Las políticas globales de alimentos y las estrategias de comercialización han priorizado la cantidad sobre la calidad, llevando a situaciones donde las poblaciones experimentan simultáneamente desnutrición y sobrepeso debido a la baja calidad nutricional de los alimentos disponibles (Otero, 2018). Conformando así un entorno alimentario que dificulta el acceso a opciones saludables para las poblaciones más vulnerable.

El coeficiente positivo de $pp2sm$ sugiere que en áreas donde un mayor porcentaje de la población percibe ingresos superiores a dos salarios mínimos, existe una mayor prevalencia de obesidad. Esto podría ser el resultado de una combinación de mayor poder adquisitivo para comprar alimentos, incluidos los ultraprocesados y una mayor exposición a la publicidad de estos productos en áreas con ingresos relativamente más altos. El impacto indirecto muestra que estos patrones de consumo se difunden a los municipios vecinos, posiblemente a través de la influencia social (normas culturales y de comportamiento) y económica como la expansión de las redes de distribución que se traduce en mayor presencia de supermercados y tiendas de conveniencia.

Esto sugiere que el aumento en el poder adquisitivo no necesariamente conduce a una mejora en la calidad de la dieta. A medida que los ingresos aumentan, la población puede estar más expuesta a alimentos ultraprocesados y a la vez no consumir suficientes nutrientes esenciales. Esta tendencia es consistente con las observaciones de que las clases medias y altas en países de ingresos medios y bajos tienden a adoptar dietas hipercalóricas (Fox et al., 2019). Esta relación es compleja y debe tenerse en cuenta que los grupos de población con mayores recursos, pueden optar por una dieta más saludable si así lo deciden. Por otro lado, los grupos con menores ingresos mantienen una alimentación condicionada por su presupuesto (Otero, 2018).

El porcentaje de población en localidades más pequeñas, que refleja la ruralidad (o desde otro punto de vista la urbanización), tiene una relación inversa con la obesidad en México. Las zonas rurales muestran, por ahora, una prevalencia menor de obesidad en comparación con las zonas urbanas (32.6 % en áreas rurales frente a 37.7 % en áreas urbanas)(Abúndez, 2021). Esto puede deberse a que, históricamente, las áreas rurales han tenido estilos de vida más activos y dietas menos industrializadas.

Sin embargo, estas zonas no están libres de enfrentar los retos de la malnutrición. Estas regiones, están comenzando a enfrentar problemas tanto de desnutrición como de obesidad, posiblemente debido a la creciente penetración de alimentos ultraprocesados y cambios en los modos de vida hacia unos más urbanos, donde la población joven ya no desea emplearse en el campo como lo hicieran sus padres y abuelos. Además, en muchas localidades rurales la producción local de alimentos se ha reducido al mínimo, debido a las políticas neoliberales. Estas tendencias están debilitando las cocinas tradicionales más saludables vinculadas a las

economías rurales, negocios locales y prácticas agrícolas más sostenibles (Gálvez 2018; OPS 2015).

La relación inversa entre la ruralidad (*pl5000*) y la obesidad indica que las áreas rurales, aunque cada vez más expuestas a dietas obesogénicas, aún mantienen patrones alimentarios que resultan en menores tasas de obesidad en comparación con las áreas urbanas. Sin embargo, las empresas multinacionales de alimentos están logrando penetrar en estas áreas, distribuyendo productos ultraprocesados incluso en las localidades más aisladas. Será importante monitorear esta tendencia para prevenir un aumento futuro en las tasas de obesidad en las zonas rurales.

Las áreas con falta de acceso a servicios de salud tienen una mayor prevalencia de obesidad. Esto podría reflejar la ineficacia de las políticas para educar desde los consultorios médicos y, en general, un sistema de salud donde es necesario avanzar desde un enfoque correctivo hacia uno preventivo, lo que es imprescindible ante las carencias de recursos. Las políticas de austeridad, han reducido significativamente los recursos disponibles para la salud pública, exacerbando las desigualdades en el acceso a servicios médicos (Schrecker and Bamba 2015; Sparke 2020). La carencia de servicios de salud no solo limita el tratamiento médico de la obesidad, sino que también impide la educación preventiva y la promoción de estilos de vida saludables, factores que se han situado en el centro de las políticas globales para atender la obesidad.

El acceso a servicios de salud (*psinss*) resulta un factor importante tanto a nivel directo como indirecto. La falta de acceso a servicios de salud adecuados en un municipio y en sus vecinos resalta la necesidad de fortalecer los sistemas de salud locales. En conjunto con el reconocimiento de la salud como derecho, es necesario considerar los determinantes sociales de la salud y adoptar enfoques más holísticos (OMS 2009; Rivera et al. 2013).

Abordar la obesidad requiere una estrategia integral que vaya más allá del tratamiento médico y se enfoque también en la reforma de la política alimentaria, la mejora del entorno alimentario y el aumento de ingresos. Esto implica implementar políticas públicas que promuevan el acceso a alimentos nutritivos, fortalezcan los sistemas alimentario y de salud locales, y reduzcan las desigualdades socioeconómicas. Solo a través de un enfoque amplio y holístico se podrá avanzar hacia una población menos obesa y más saludable.

4.4. Consideraciones finales

Durante las últimas décadas, México ha experimentado transformaciones significativas en su sistema alimentario, impulsadas en parte por las políticas neoliberales y acuerdos comerciales como el TLCAN (Otero 2018; Gálvez 2018; Santos 2014; Clark et al. 2012). Estos cambios han reconfigurado el acceso y consumo de alimentos, destacándose el aumento de los lugares de venta de alimentos preparados y ultraprocesados. La revolución de los supermercados y la expansión continua de las redes de distribución de multinacionales como Coca-Cola y PepsiCo han incrementado la accesibilidad a los alimentos ultraprocesados. La capacidad de estas empresas para establecerse en cualquier rincón del país se debe en parte a acuerdos de exclusividad que proporcionan a las tiendas locales el equipo necesario para vender sus productos, determinado así los bienes que se consumen y desplazando alimentos más nutritivos producidos localmente.

En este contexto, el capítulo abordó la relación espacial entre la obesidad en adultos y las características del entorno alimentario, junto con las condiciones socioeconómicas que condicionan el acceso a alimentos. El enfoque espacial en el estudio de la obesidad permite identificar variaciones locales y regionales en la prevalencia de obesidad y sus determinantes, proporcionando una comprensión territorial de cómo las políticas y las condiciones socioeconómicas influyen en diferentes áreas.

Se observó que la presencia de establecimientos de comida no saludable en un municipio se correlaciona con un aumento de la obesidad, evidenciando la influencia de la industria alimentaria. Aunque las áreas con carencias alimenticias presentan menos obesidad, enfrentan desafíos de malnutrición. Las zonas con ingresos más altos muestran mayor obesidad, posiblemente debido a una mayor capacidad para adquirir alimentos ultraprocesados y a la exposición a su publicidad. Las áreas rurales, que solían estar protegidas por dietas tradicionales, ahora enfrentan amenazas similares debido a la influencia creciente de los alimentos ultraprocesados. La falta de acceso a servicios de salud se destaca como un factor importante, aunque debe estar acompañado de otras intervenciones políticas.

Este estudio proporciona una comprensión de la obesidad en México desde un enfoque regional y territorial, pero existen limitaciones que deben reconocerse. Se basa en datos transversales, lo que implica que las asociaciones observadas entre las variables explicativas y la

obesidad deben interpretarse con cautela, ya que no se puede inferir una causalidad. Aunque se han incluido variables relevantes, es posible que otros factores importantes no hayan sido capturados en el análisis. Además, la obesidad se ha medido principalmente a través de índices agregados, esto puede limitar la precisión de las estimaciones y pasar por alto otras tendencias.

Es necesario reconocer abiertamente que el problema de la obesidad en México no es únicamente una cuestión de elecciones individuales, sino el resultado de procesos de globalización que han transformado la forma en que los mexicanos acceden y consumen alimentos, donde los alimentos obesogénicos predominan en el entorno alimentario. El modelo de alimentación que prevalece en México responde a los intereses de las grandes multinacionales del agronegocio estadounidense (Otero 2018; Clark et al. 2012). Aunque este modelo se ha presentado bajo una narrativa de modernidad y progreso, ha generado problemas de salud y obesidad, y por lo tanto debe ser resistido.

Sin embargo, la posición geopolítica de México lo sitúa en un contexto complejo, enfrentando presiones de la agroindustria respaldada por el gobierno de Estados Unidos, sus instituciones financieras y organismos internacionales como la OMC, que protegen los intereses de las multinacionales (McMichael, 2013). Es precisamente porque los alimentos ultraprocesados generan enfermedades, que la industria alimentaria cuenta con poderosos grupos de presión que trabajan en su defensa, de lo contrario esto no sería necesario. Esta vigilancia internacional dificulta el desarrollo de políticas alimentarias nacionales que promuevan la producción local y el consumo de alimentos saludables.

Reformar este modelo de alimentación que genera obesidad y mala salud entre los mexicanos es esencial para mejorar la salud pública y la calidad de vida en el país. Aunque los desafíos que enfrenta México son significativos, se puede avanzar hacia un México más sano de cara al futuro. Con la voluntad política del Estado mexicano en años recientes, se han implementado impuestos a los productos azucarados, el etiquetado obligatorio a los productos ultraprocesados y la regulación de la publicidad. Aunque estas medidas son insuficientes por sí solas, son bienvenidas y se perciben como logros significativos dentro de una lucha contra una industria poderosa. Estos esfuerzos deben contribuir a un México resiliente y saludable para el resto del siglo XXI.

REPENSANDO LA LUCHA CONTRA LA OBESIDAD: DISCURSOS PARA LA TRANSFORMACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL

La evolución de la obesidad como epidemia global se ha enmarcado en la racionalidad neoliberal. Como una forma particular de capitalismo, el neoliberalismo ha modificado la economía política de la alimentación, y ha dado forma a los discursos y regímenes de verdad en torno a la obesidad. Considera, al menos en teoría, que la expansión de la lógica del mercado y el incremento del consumo son las vías naturales para la solución de problemas sociales. Sin embargo, las políticas de privatización, desregulación, austeridad y apertura comercial solo han agravado los problemas de alimentación y salud (Holt-Giménez 2018; Otero 2018; Schrecker and Bamba 2015).

Respecto a la alimentación, las prácticas empresariales de la agroindustria como el uso intensivo de agroquímicos, la mercadotecnia, la segmentación de mercado y la diversificación de productos han sido herramientas para estimular el consumo y las ganancias. Sin embargo, estas mismas estrategias han contribuido a los problemas de obesidad que enfrentamos en la actualidad. Por otro lado, la reducción de salarios y la creciente desigualdad propias del capitalismo han llevado a una demanda deprimida de alimentos de calidad, obligando a la población a recurrir a productos baratos y poco saludables que incrementan los índices de obesidad y enfermedades relacionadas.

Las multinacionales, han desplazado a los pequeños productores y campesinos que solían proveer alimentos tradicionales y nutritivos (McMichael, 2013). Con el fin de lograr ganancias extraordinarias, la calidad de la alimentación se reduce conforme se reducen costos de

producción al sustituir ingredientes naturales por ingredientes artificiales (Guthman, 2021). Esta dinámica no solo ha disminuido las dietas locales, sino que ha puesto el control de la alimentación de millones de personas en manos de un número cada vez menor de empresas oligopólicas que priorizan las ganancias sin interés ni remordimiento por la salud de las personas (Hendrickson et al., 2020).

En el ámbito de la salud, las mismas recetas neoliberales de privatización y desregulación son invocadas una y otra vez para abordar las enfermedades causadas por una mala alimentación (Sparke, 2020). El discurso de la salud global ha justificado la participación de intereses privados en la salud pública, a pesar de que la búsqueda de la ganancia no es equiparable con la búsqueda del bienestar social. Por otro lado, la homogeneización de las políticas de salud nacionales, que convergen hacia mecanismos de mercado, ha limitado la diversidad de estrategias implementadas y ha producido pocos ejemplos de éxito que puedan orientar un rediseño de las políticas de salud.

Además, en años recientes algunos multimillonarios utilizan la filantropía como una herramienta para mejorar su imagen pública y avanzar una agenda política, mientras continúan con prácticas comerciales éticamente cuestionables (Birn, 2014). Este modelo filantrópico les permite dirigir recursos hacia sectores que aumentan sus inversiones, bajo un discurso de modernidad e inevitabilidad de los procesos globales que ignora las realidades y necesidades locales.

La racionalidad neoliberal, como el conjunto de ideas y normas sociales que determinan lo que es deseable y posible, justifica la adopción de enfoques reduccionistas, individualizadores y medicalizados. Este fenómeno se hizo evidente desde la reunión de expertos de la salud en 1999, auspiciada por la OMS, donde se declaró la obesidad como una enfermedad global, una epidemia que recorre tanto el mundo desarrollado como subdesarrollado. Sin embargo, a pesar del reconocimiento de su gravedad y urgencia, la obesidad en conjunto con la mala alimentación y sus complicaciones han hecho más que intensificarse en las dos últimas décadas.

La medicalización de la obesidad, que representa una manifestación práctica de las soluciones neoliberales a los problemas de salud por medio de micromercados, ha promovido el uso generalizado de fármacos antiobesidad, programas de dietas y ejercicios, en poblaciones cada

vez más jóvenes como los niños e incluso en individuos con desviaciones ligeras de un IMC considerado como normal o saludable.

Esta tendencia refleja un discurso que transforma un problema multidimensional y social, en uno de índole individual y clínico que capitaliza las Tecnologías del Yo. La industria de la pérdida de peso, aprovechando el pánico social hacia la obesidad, ha encontrado en esta narrativa un lucrativo negocio, fomentando soluciones individualizadas que bajo el argumento del autocuidado y los estilos de vida saludables desvían la atención de la política alimentaria y los determinantes sociales de la salud (Boero, 2012).

El uso del IMC como principal indicador de salud ha reforzado un discurso que señala a los individuos como los principales responsables de su condición de obesidad, ignorando cómo factores como la pobreza, la inseguridad alimentaria y la desigualdad socioeconómica desempeñan un papel importante (Guthman 2011; Flegal 2021). Esta visión corresponde a una racionalidad neoliberal que reduce el papel del Estado en la salud pública, y trasladan los problemas sociales del ámbito público al mercado, donde predominan consideraciones de lucro por encima del bienestar.

La influencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la construcción de Regímenes de verdad de la obesidad como una epidemia global es destacable. Al declarar la obesidad como un problema de salud pública de proporciones epidémicas, la mayor autoridad de salud mundial ha contribuido a formar una percepción que caracteriza a las personas con obesidad de manera negativa, etiquetándolas como costosas para los sistemas de salud, menos productivas y fundamentalmente enfermas. Esta perspectiva, ampliamente difundida por la OMS, ha encontrado poca resistencia a nivel global y ha sido rápidamente adoptada en las políticas de salud pública nacionales. En cambio, en un entorno político neoliberal, las declaraciones y propuestas más holísticas de la organización han recibido menor atención.

El discurso de la OMS y gobiernos nacionales sobre la obesidad ha sido moldeado por intereses económicos de multinacionales y filantropías capitalistas, que con su poder de financiamiento establecen una agenda política favorable a su modelo de negocio. Estos discursos sobre la obesidad, por ejemplo, refuerzan la idea de que la gestión del peso es principalmente una cuestión de elección personal y autocontrol, permitiendo que las industrias alimentaria

y de la pérdida de peso se beneficien de manera irresponsable. Esta aproximación ha resultado ser insuficiente y equivocada, ya que la recomendación de dietas saludables y control calórico se vuelve inaccesible para una mayoría condicionada por sus ingresos y su entorno alimentario.

Si la obesidad es una consecuencia previsible de un sistema que privilegia las ganancias sobre la salud y el bienestar de las personas, entonces enfrentamos un desafío enorme: ¿Cómo implementar estrategias genuinas que mejoren nuestra salud y alimentación, y cómo democratizar las decisiones sobre la salud pública y el sistema alimentario? La respuesta yace en la conformación de contra discursos y una movilización social encaminada a revertir las tendencias perniciosas de los últimos cuarenta años.

El paradigma actual, centrado en el IMC y el balance energético, promueve la discriminación y culpabilización de individuos con un IMC considerado incorrecto. Esta visión, respaldada por la industria y por un gobierno reacio a asumir responsabilidades sociales, desvía la atención de las verdaderas raíces estructurales de la obesidad. Necesitamos desafiar esta narrativa dominante, con un enfoque más integral que reconozca la obesidad como un problema social que requiere soluciones estructurales y no solo individuales. Además, la obsesión por las calorías ha nublado nuestra comprensión de la alimentación, desvinculando los alimentos de su papel integral en nuestra dieta y reduciéndolos a meras cifras calóricas. Se vuelve necesario entonces revertir nuestras concepciones simplistas y reintroducir el contexto dietético y social de la alimentación.

En ese sentido, es indispensable desarrollar y difundir contra discursos que desafíen las ideas ya normalizadas, y construyan la obesidad como un fenómeno que no puede ser reducido a simples elecciones individuales; discursos que cuestionen las prácticas engañosas de la industria y el papel pasivo del Estado en la defensa de los ciudadanos. Estos contra discursos, aunque ya existen en el ámbito académico, deben extenderse al ámbito público y mediático, solo así podrán generar un cambio significativo en la percepción social, motivar la movilización y lograr cambios políticos frente a la obesidad. Competir contra la publicidad y el pensamiento ortodoxo de la obesidad es una tarea difícil, pero es necesario emprenderla.

Para impulsar un cambio real, estos contra discursos deben dar lugar a movimientos sociales robustos, capaces de influir en las políticas de salud y alimentación. La clave es centrarse en

la calidad de los alimentos, formas de producción y en los factores sociales y económicos que subyacen a los patrones de alimentación y salud. Estas acciones colectivas deben ser lo suficientemente fuertes como para desafiar los intereses de la industria y propiciar cambios legislativos y normativos que favorezcan una alimentación saludable y accesible para todos.

Debemos transitar de una producción de alimentos industrializada que conduce a alimentos ultraprocesados, a un modelo de producción sostenible y saludable preferentemente de base local. Nos enfrentamos a una situación que exige una transformación radical de nuestro sistema alimentario, y a pesar de la resistencia política que debilita la viabilidad de tal cambio, reformas progresivas podrían sentar las bases para futuras revoluciones en el sector (Lawrence and Friel 2019; Holt-Giménez 2018).

Enfrentamos la tarea de transformar el sistema económico y político neoliberal, que ha perpetuado un modelo de salud y alimentación ineficaz y excluyente desde el punto de vista social. Es necesario abogar por políticas que se enfoquen en los determinantes sociales, como la inseguridad económica, la concentración de la riqueza y la austeridad en el gasto público. La inacción política y la complacencia con las ideas neoliberales deben ser contrarrestadas con una participación y democrática en las decisiones sobre salud y alimentación.

La tarea no es sencilla puesto que, el proceso de despolitización impulsado por el neoliberalismo ha eliminado cuestiones estructurales críticas de la agenda pública. Esto obliga a re-politizar estos temas, asegurando que las decisiones sobre salud y alimentación se tomen en foros democráticos y no queden relegadas a las influencias de entidades privadas como los grupos de presión de la industria y filantropías. Esto incluye recobrar la autonomía de organizaciones como la OMS y otras agencias gubernamentales sometidas a las presiones del financiamiento privado que sesga sus agendas políticas.

Hacer frente al desafío de la obesidad requiere, inevitablemente, de gobiernos y procesos mejor informados y más democráticos que basados en perspectivas multidisciplinarias guíen acciones y decisiones más holísticas y sistémicas. Seguramente el camino no será del agrado de todos los actores sociales involucrados quienes opondrán resistencia, pero es el camino hacia una población más sana.

Bibliografía

- Abúndez, C. O. (2021). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2020 sobre Covid-19: resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Aerni, P. (2018). Neoliberalism: A mythical and meaningful term devoid of any deep thought. *Global Business in Local Culture: The Impact of Embedded Multinational Enterprises*, pages 21–28.
- Anselin, L. (1988). *Spatial econometrics: Methods and models*. Kluwer academic. Boston, MA.
- Anselin, L. (1995). Local indicators of spatial association—lisa. *Geographical analysis*, 27(2):93–115.
- Anselin, L. (2001). *Spatial econometrics. A companion to theoretical econometrics*, 310330.
- Anselin, L. (2005). Exploring spatial data with geodtm: a workbook. *Center for spatially integrated social science*, 1963:157.
- Baker, P., Machado, P., Santos, T., Sievert, K., Backholer, K., Hadjidakou, M., Russell, C., Huse, O., Bell, C., Scrinis, G., et al. (2020). Ultra-processed foods and the nutrition transition: Global, regional and national trends, food systems transformations and political economy drivers. *Obesity Reviews*, 21(12):e13126.
- Banxico (2024). Reporte sobre las economías regionales, enero - marzo 2024. Reporte trimestral.
- Baru, R. V. and Mohan, M. (2018). Globalisation and neoliberalism as structural drivers of health inequities. *Health research policy and systems*, 16(1):1–8.
- Belfort-DeAguiar, R. and Seo, D. (2018). Food cues and obesity: overpowering hormones and energy balance regulation. *Current obesity reports*, 7:122–129.
- Bell, K. and Green, J. (2016). On the perils of invoking neoliberalism in public health critique.
- Bernstein, H. (2016). Agrarian political economy and modern world capitalism: the contributions of food regime analysis. *The Journal of Peasant Studies*, 43(3):611–647.
- Birn, A.-E. (2014). Philanthrocapitalism, past and present: The rockefeller foundation, the gates foundation, and the setting (s) of the international/global health agenda. *Hypothesis*, 12(1):e8.
- Bodirsky, B. L., Dietrich, J. P., Martinelli, E., Stenstad, A., Pradhan, P., Gabrysch, S., Mishra, A., Weindl, I., Le Mouél, C., Rolinski, S., et al. (2020). The ongoing nutrition transition thwarts

- long-term targets for food security, public health and environmental protection. *Scientific reports*, 10(1):19778.
- Boero, N. (2012). *Killer fat: Media, medicine, and morals in the American obesity Epidemic*. Rutgers University Press.
- Bonanno, A. and Constance, D. H. (2008). *Stories of globalization: Transnational corporations, resistance, and the state*. Penn State Press.
- Brennan, R., Eagle, L., and Rice, D. (2010). Medicalization and marketing. *Journal of Macromarketing*, 30(1):8–22.
- Brookes, G. (2021). Empowering people to make healthier choices: a critical discourse analysis of the tackling obesity policy. *Qualitative Health Research*, 31(12):2211–2229.
- Brown, T. M., Cueto, M., and Fee, E. (2006). The world health organization and the transition from “international” to “global” public health. *American journal of public health*, 96(1):62–72.
- Camacho, S. and Ruppel, A. (2017). Is the calorie concept a real solution to the obesity epidemic? *Global health action*, 10(1):1289650.
- Campos, P. F. (2004). *The obesity myth: Why America’s obsession with weight is hazardous to your health*. Penguin.
- Castells, M. (2018). *Ruptura [2]*. Alianza Editorial.
- Cawley, J., Biener, A., Meyerhoefer, C., Ding, Y., Zvenyach, T., Smolarz, B. G., and Ramasamy, A. (2021). Direct medical costs of obesity in the united states and the most populous states. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 27(3):354–366.
- CentroGeo (2023). Plataforma del sistema agroalimentario y nutrición en México. Accedido el: 4 de octubre de 2023.
- Chiquete, E. and Tolosa, P. (2013). Conceptos tradicionales y emergentes sobre el balance energético. *Revista de endocrinología y nutrición*, 21(2):59–68.
- Chorev, N. (2013). Restructuring neoliberalism at the world health organization. *Review of International Political Economy*, 20(4):627–666.
- Clapp, J. (2017). Financialization, distance and global food politics. In *New Directions in Agrarian Political Economy*, pages 157–174. Routledge.

- Clark, S. E., Hawkes, C., Murphy, S. M., Hansen-Kuhn, K. A., and Wallinga, D. (2012). Exporting obesity: Us farm and trade policy and the transformation of the mexican consumer food environment. *International journal of occupational and environmental health*, 18(1):53–64.
- CONAPO (2020). Índices de marginación 2020.
- Connell, R. (2010). Understanding neoliberalism. *Neoliberalism and everyday life*, 23.
- Cooney, P. (2021). Transition from isi to neoliberalism. *Paths of Development in the Southern Cone: Deindustrialization and Reprimarization and their Social and Environmental Consequences*, pages 61–84.
- Costa-Font, J. and Mas, N. (2016). ‘globesity’? the effects of globalization on obesity and caloric intake. *Food Policy*, 64:121–132.
- Darian-Smith, E. and McCarty, P. C. (2017). *The global turn: Theories, research designs, and methods for global studies*. Univ of California Press.
- Devaux, M. and Sassi, F. (2015). The labour market impacts of obesity, smoking, alcohol use and related chronic diseases. *OECD*.
- Elhorst, J. P. (2010). Applied spatial econometrics: raising the bar. *Spatial economic analysis*, 5(1):9–28.
- Escalante, F. (2015). *Historia mínima del neoliberalismo*. El Colegio de Mexico AC.
- Fairclough, N. (2013). Critical discourse analysis and critical policy studies. *Critical policy studies*, 7(2):177–197.
- Farrell, L. C. (2018). *Enacting knowledge, power, and equity: understanding the public appetite for preventive obesity regulations*. PhD thesis.
- Federici, S. (2012). Revolución en punto cero. *Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*.
- Ferguson, J. (2010). The uses of neoliberalism. *Antipode*, 41:166–184.
- Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I., and Palma, A. (2017). Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición: modelo de análisis y estudio piloto en chile, el ecuador y México. *CEPAL*.
- Fernandez, M. A. and Raine, K. D. (2021). Digital food retail: public health opportunities. *Nutrients*, 13(11):3789.

- Fernández-Ramírez, B., Arias, E. E., Escudero, E. B., and Jiménez, C. R. (2012). El discurso popular sobre la obesidad. análisis de contenido de una discusión virtual. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (52):1–40.
- Flegal, K. M. (2021). How body size became a disease: A history of the body mass index and its rise to clinical importance. In *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies*, pages 23–39. Routledge.
- Floch, J.-M. and Le Saout, R. (2018). Spatial econometrics-common models. *Handbook of spatial analysis: Theory and practical application with R*, pages 149–177.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*, traducción m. allende salazar.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979)*, volume 283. Ediciones Akal.
- Fox, A., Feng, W., and Asal, V. (2019). What is driving global obesity trends? globalization or “modernization”? *Globalization and health*, 15(1):32.
- Fraser, N. (2003). ¿ de la disciplina hacia la flexibilización? releendo a foucault bajo la sombra de la globalización. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 46(187):7.
- Friel, S., Hattersley, L., Snowdon, W., Thow, A.-M., Lobstein, T., Sanders, D., Barquera, S., Mohan, S., Hawkes, C., Kelly, B., et al. (2013). Monitoring the impacts of trade agreements on food environments. *obesity reviews*, 14:120–134.
- Gálvez, A. (2018). *Eating NAFTA: trade, food policies, and the destruction of Mexico*. Univ of California Press.
- García, M. S. and Santiago, L. E. (2023). Análisis espacial del ambiente alimentario no-saludable en municipios con alta prevalencia de obesidad en México. *Economía Sociedad y Territorio*, pages 723–751.
- García-Dorado, S. C., Cornselsen, L., Smith, R., and Walls, H. (2019). Economic globalization, nutrition and health: a review of quantitative evidence. *Globalization and health*, 15(1):15.
- García-Rodríguez, J. F., García-Fariñas, A., Rodríguez-León, G. A., and Gálvez-González, A. M. (2010). Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco*, 16(1):891–896.
- Gard, M. (2021). Crisis revisited: Historical notes on a modern ‘obesity epidemic’. In *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies*, pages 66–74. Routledge.

- Gard, M., Powell, D., and Tenorio, J. (2021). *Routledge handbook of critical obesity studies*. Routledge.
- Gartner, D. R., Taber, D. R., Hirsch, J. A., and Robinson, W. R. (2016). The spatial distribution of gender differences in obesity prevalence differs from overall obesity prevalence among us adults. *Annals of epidemiology*, 26(4):293–298.
- Getis, A. (2008). A history of the concept of spatial autocorrelation: A geographer's perspective. *Geographical analysis*, 40(3):297–309.
- Gibson-Graham, J. K. (2002). Intervenciones posestructurales. *Revista colombiana de antropología*, 38:261–286.
- Guthman, J. (2011). *Weighing in: Obesity, food justice, and the limits of capitalism*, volume 32. Univ of California Press.
- Guthman, J. (2021). Obesity and its cures as socio-ecological fixes for agro-food capitalism. In *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies*, pages 135–143. Routledge.
- Hajizadeh, M., Campbell, M. K., and Sarma, S. (2016). A spatial econometric analysis of adult obesity: evidence from canada. *Applied Spatial Analysis and Policy*, 9(3):329–363.
- Hall, K. D., Farooqi, I. S., Friedman, J. M., Klein, S., Loos, R. J., Mangelsdorf, D. J., O'Rahilly, S., Ravussin, E., Redman, L. M., Ryan, D. H., et al. (2022). The energy balance model of obesity: beyond calories in, calories out. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 115(5):1243–1254.
- Harvey, D. (2003). *Espacios de esperanza*. Madrid: Ediciones Akal.
- Harvey, D. and Mateos, A. V. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*, volume 49. Ediciones Akal.
- Hawkes, C. (2006). Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Globalization and health*, 2(1):4.
- Hawkes, C., Harris, J., and Gillespie, S. (2017). Urbanization and the nutrition transition.
- Hendrickson, M. K., Howard, P. H., Miller, E. M., and Constance, D. H. (2020). The food system: Concentration and its impacts. *A Special Report to the Family Farm Action Alliance*, page 17.
- Hernández, M. B. and Aldana, A. C. (2017). Neoliberalismo como forma de subjetivación dominante. *Dorsal. Revista de Estudios Foucaultianos*, (3):31–59.

- Herrick, C. (2009). Shifting blame/selling health: corporate social responsibility in the age of obesity. *Sociology of Health & Illness*, 31(1):51–65.
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., and Peters, J. C. (2012). Energy balance and obesity. *Circulation*, 126(1):126–132.
- Hoek, J. and McLean, R. (2010). Changing food environment and obesity: an overview. *Geographies of Obesity: Environmental understandings of the obesity epidemic*, pages 57–78.
- Holt-Giménez, E. (2018). *El Capitalismo Tambien Entra por la Boca: Comprendamos la Economia Politica de Nuestra Comida*.
- Huang, R., Moudon, A., Cook, A., and Drewnowski, A. (2015). The spatial clustering of obesity: does the built environment matter? *Journal of human nutrition and dietetics*, 28(6):604–612.
- INEGI (2018). Prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes para los municipios de México 2018. Consultado el 20 de agosto de 2023.
- INEGI (2020). Censo de población y vivienda 2020. Accedido el: 4 de octubre de 2023.
- INSP (2020). México y las políticas públicas ante la obesidad. Fecha de última actualización: 26 Agosto, 2020. Consultado el 5 de septiembre del 2023.
- James, W. P. T. (2008). Who recognition of the global obesity epidemic. *International journal of obesity*, 32(7):S120–S126.
- Jia, P. (2021). Obesogenic environment and childhood obesity. *Obesity Reviews*, 22:e13158.
- Kurzer, P. and Cooper, A. (2011). Hold the croissant! the european union declares war on obesity. *Journal of European Social Policy*, 21(2):107–119.
- Kyle, T. K., Dhurandhar, E. J., and Allison, D. B. (2016). Regarding obesity as a disease: evolving policies and their implications. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 45(3):511–520.
- Labonté, R. and Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. *J Epidemiol Community Health*, 70(3):312–318.
- Lake, A. and Townshend, T. (2006). Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *The Journal of the Royal society for the Promotion of Health*, 126(6):262–267.
- Laval, C. and Dardot, P. (2013). *La nueva razón del mundo*. Editorial Gedisa.
- Lawrence, M. and Friel, S. (2019). *Healthy and sustainable food systems*. Routledge.

- Lee, K. (2014). World health organization. In *Handbook of governance and security*, pages 504–518. Edward Elgar Publishing.
- LeSage, J. P. (2008). An introduction to spatial econometrics. *Revue d'économie industrielle*, (123):19–44.
- Magnuson, J. (2018). Everyday neoliberalism. *Financing the Apocalypse: Drivers for Economic and Political Instability*, pages 145–164.
- Martínez, E. A. (2017). La consolidación del ambiente obesogénico en México. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 27(50):0–0.
- McInnes, C., Lee, K., and Youde, J. (2019). Global health politics. *The Oxford handbook of global health politics*, page 1.
- McMichael, P. (2005). Global development and the corporate food regime. In *New directions in the sociology of global development*. Emerald Group Publishing Limited.
- McMichael, P. (2013). *Food regimes and agrarian questions*. Fernwood Publishing Halifax.
- Méndez Delgado, A. V., Cuevas Quintero, J. L., and Martínez Gómez, F. (2023). La globesidad: un análisis espacio-temporal, 1980-2015. *Economía, sociedad y territorio*, 23(72):661–689.
- Monaghan, L. F., Rich, E., and Bombak, A. E. (2022). *Rethinking obesity: critical perspectives in crisis times*. Routledge.
- Monteiro, C. A. and Cannon, G. J. (2019). The role of the transnational ultra-processed food industry in the pandemic of obesity and its associated diseases: problems and solutions. *World Nutrition*, 10(1):89–99.
- Montgomery, K., Chester, J., Nixon, L., Levy, L., and Dorfman, L. (2019). Big data and the transformation of food and beverage marketing: undermining efforts to reduce obesity? *Critical Public Health*, 29(1):110–117.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2):124–128.
- Moss, M. (2013). *Salt, sugar, fat: How the food giants hooked us*. Random House.
- Moynihan, R. (2006). Obesity task force linked to who takes "millions" from drug firms. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7555):1412.

- Mulderrig, J. (2017). Reframing obesity: A critical discourse analysis of the uk's first social marketing campaign. *Critical Policy Studies*, 11(4):455–476.
- Mulderrig, J. (2019). Analysing orders of discourse of neoliberal rule: Health “nudges” and the rise of psychological governance. *Critical policy discourse analysis*, pages 48–72.
- Nadesan, M. H. (2010). *Governmentality, biopower, and everyday life*, volume 57. Routledge.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *Global health promotion*, 16(1):05–16.
- Navarro, V. (2020). The consequences of neoliberalism in the current pandemic. *International Journal of Health Services*, 50(3):271–275.
- Neri Calixto, M., AYLON ALVAREZ, D., Vieyra Reyes, P., HERNANDEZGONZALEZ, M. A., JIMENEZ GARCES, C., FLORES OCAMPO, P., et al. (2015). Influencia de grelina y leptina sobre alteraciones psiquiátricas en sujetos con obesidad. *Medicina e investigación*.
- Nestle, M. (2019). *Food politics: How the food industry influences nutrition and health*. University of California Press.
- OCDE (2019). *The heavy burden of obesity: the economics of prevention*. OECD.
- Oliver, J. E. (2006). The politics of pathology: How obesity became an epidemic disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(4):611–627.
- OMS (1972). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS (Organizacion Mundial de la Salud).
- OMS (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *World Health Organization technical report series*, 894:1–253.
- OMS (2009). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.
- OMS (2021). Fact sheet: Obesity and overweight. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- OMS (2023). Acceleration plan to stop obesity. <https://www.who.int/initiatives/acceleration-plan-to-stop-obesity>. Accessed: October 9, 2023.
- OMS (2023). Health service delivery framework for prevention and management of obesity. In *Health service delivery framework for prevention and management of obesity*.

- OPS (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. *Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.*
- Ortiz, S. E., Kawachi, I., and Boyce, A. M. (2017). The medicalization of obesity, bariatric surgery, and population health. *Health*, 21(5):498–518.
- Otero, G. (2018). *The neoliberal diet: healthy profits, unhealthy people.* University of Texas Press.
- O’Hara, L. and Taylor, J. (2018). What’s wrong with the ‘war on obesity?’ a narrative review of the weight-centered health paradigm and development of the 3c framework to build critical competency for a paradigm shift. *Sage Open*, 8(2):2158244018772888.
- Packard, R. M. (2016). A history of global health: interventions into the lives of other peoples. *Baltimore, MD.*
- Peck, J. (2013). Explaining (with) neoliberalism. *Territory, politics, governance*, 1(2):132–157.
- Peck, J. and Tickell, A. (2002). Neoliberalizing space. *Antipode*, 34(3):380–404.
- Piketty, T. (2013). Capital in the 21st century. *Cambridge, MA: President and Fellows, Harvard College.*
- Pineda, E., Brunner, E. J., Llewellyn, C. H., and Mindell, J. S. (2021). The retail food environment and its association with body mass index in Mexico. *International Journal of Obesity*, 45(6):1215–1228.
- Pollan, M. (2009). *In defense of food: An eater’s manifesto.* Penguin.
- Popkin, B. M. (2016). The emerging obesity epidemic: An introduction. In *Geographies of Obesity*, pages 39–62. Routledge.
- Popkin, B. M. and Ng, S. W. (2022). The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable. *Obesity Reviews*, 23(1):e13366.
- Powell, D. (2019). *Schools, corporations, and the war on childhood obesity: How corporate philanthropy shapes public health and education.* Routledge.
- Puyana, A. and Romero, J. (2009). El sector agropecuario mexicano bajo el tratado de libre comercio de América del Norte. La pobreza y la desigualdad se intensifican, crece la migración. *Revista Oasis*, pages 187–214.

- Rail, G., Holmes, D., and Murray, S. J. (2010). The politics of evidence on 'domestic terrorists': Obesity discourses and their effects. *Social Theory & Health*, 8:259–279.
- Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F., Murayama, C., et al. (2013). Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado. *México, DF: Academia Nacional de Medicina, UNAM*.
- Salas, X. R. (2015). The ineffectiveness and unintended consequences of the public health war on obesity. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 106(2):e79–e81.
- Sánchez, G. L. A. (2022). Obesidad: ¿epidemia global o responsabilidad individual? *Interdisciplina*, 10(26):177–206.
- Santos, B. A. (2014). *El patrón alimentario del libre comercio*. CEPAL, Sede subregional en México.
- Sassen, S. (2014). *Expulsions: Brutality and complexity in the global economy*. Harvard University Press.
- Schrecker, T. (2016). Neoliberalism and health: the linkages and the dangers. *Sociology Compass*, 10(10):952–971.
- Schrecker, T. and Bambra, C. (2015). How politics makes us sick: Neoliberal epidemics.
- Scrinis, G. (2021). A critique of obesity as a category of malnutrition in all its forms. In *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies*, pages 381–392. Routledge.
- Sparke, M. (2016). Health and the embodiment of neoliberalism: pathologies of political economy from climate change and austerity to personal responsibility. In *The handbook of neoliberalism*, pages 237–251. Routledge.
- Sparke, M. (2020). Neoliberal regime change and the remaking of global health: from rollback disinvestment to rollout reinvestment and reterritorialization. *Review of International Political Economy*, 27(1):48–74.
- Statista (2022). Empresas de la industria de los alimentos con el mayor valor de ventas en México en 2022. Accedido el: 4 de octubre de 2023.
- Stiglitz, J. (2019). *People, power, and profits: Progressive capitalism for an age of discontent*. Penguin UK.

- Sun, Y., Hu, X., Huang, Y., and On Chan, T. (2020). Spatial patterns of childhood obesity prevalence in relation to socioeconomic factors across england. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(10):599.
- Swinburn, B., Egger, G., and Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive medicine*, 29(6):563–570.
- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., et al. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the lancet commission report. *The lancet*, 393(10173):791–846.
- Talukdar, D., Seenivasan, S., Cameron, A. J., and Sacks, G. (2020). The association between national income and adult obesity prevalence: Empirical insights into temporal patterns and moderators of the association using 40 years of data across 147 countries. *PloS one*, 15(5):e0232236.
- Tenorio, E. H. (2011). Critical discourse analysis, an overview. *Nordic journal of English studies*, 10(1):183–210.
- Tenorio, J. (2021a). Cooking 'healthy lifestyles' as a dispositif: Obesity policies, school food politics and corporations in neoliberal mexico.
- Tenorio, J. (2021b). Encountering 'healthy' food in mexican schools. In *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies*, pages 144–153. Routledge.
- Torres, F. T. and Martínez, A. R. (2019). La situación regional y las escalas de la seguridad alimentaria en méxico. *Revista legislativa de estudios sociales y de opinión pública*, 12(25):51–93.
- Townshend, T. and Lake, A. (2017). Obesogenic environments: current evidence of the built and food environments. *Perspectives in public health*, 137(1):38–44.
- Van-Dijk, T. A. (2016). Análisis crítico del discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (30):203–222.
- Vuik, S., Lerouge, A., Guillemette, Y., Feigl, A., and Aldea, A. (2019). The economic burden of obesity.
- Walls, H. L., Smith, R. D., and Drahos, P. (2015). Improving regulatory capacity to manage risks associated with trade agreements. *Globalization and health*, 11(1):1–5.

- Ward, K. and England, K. (2007). Introduction: reading neoliberalization. *Neoliberalization: States, networks, peoples*, pages 1–22.
- Webber, J. (2003). Energy balance in obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 62(2):539–543.
- Windarti, N., Hlaing, S. W., and Kakinaka, M. (2019). Obesity kuznets curve: international evidence. *Public health*, 169:26–35.
- Winson, A. (2004). Bringing political economy into the debate on the obesity epidemic. *Agriculture and human values*, 21:299–312.
- Withrow, D. and Alter, D. A. (2011). The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity reviews*, 12(2):131–141.
- Witten, K. (2016). *Geographies of obesity: environmental understandings of the obesity epidemic*. Routledge.
- WOF (2023). World obesity atlas.
- Woodward, K., Dixon, D. P., and Jones III, J. P. (2009). Poststructuralism/poststructuralist geographies. *International encyclopedia of human geography*, 8:396–407.
- Wouters, O. J. (2020). Lobbying expenditures and campaign contributions by the pharmaceutical and health product industry in the united states, 1999-2018. *JAMA internal medicine*, 180(5):688–697.
- Yusefzadeh, H., Rashidi, A., Rahimi, B., et al. (2019). Economic burden of obesity: A systematic review. *Social Health and Behavior*, 2(1):7.