

De la causalidad a la determinación social: analizar la diabetes en México desde la Salud Colectiva

Juana Guadalupe Mendoza Zapata* • Soledad Rojas Rajs**

RESUMEN

La grave situación de la diabetes en México y las limitaciones para detener su incremento e impacto en la salud, muestra la necesidad de analizar la problemática más allá del modelo médico hegemónico. Existen distintas formas de comprender y abordar la enfermedad, que a su vez, definen y se observan en la políticas públicas, así como en la práctica del personal de salud hacia las personas con diabetes. En este ensayo se analizan, a través de diferentes aportes teóricos, las limitaciones de abordar la diabetes desde la concepción de riesgo de la epidemiología clásica y la importancia de incorporar el análisis de la determinación social de la salud para una problematización más compleja acerca de este problema de salud-enfermedad-atención, como un aporte desde la salud colectiva.

PALABRAS CLAVE: diabetes, determinación social, salud colectiva.

From causation to social determination: analyzing diabetes in Mexico from Collective Health

The serious situation of diabetes in Mexico and the limitations to stop its increase and impact on health, shows the need to analyze the problem beyond the hegemonic medical model. There are different ways of understanding and dealing with the disease, which in turn, are defined and observed in public policies, as well as in the practice of health personnel towards people with diabetes. This essay analyzes, through different theoretical contributions, the limitations of approaching diabetes from the classical epidemiology conception of risk and the importance of incorporating the analysis of the social determination of health for a more complex problematization about this health-disease-care problem, as a contribution from collective health.

Keywords: diabetes, social determination

* Docente de la Facultad de Enfermería y Nutrición en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Contacto: gpemendozapata@gmail.com

** Catedrática CONACYT y Profesora-Investigadora de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco. Contacto: srojasrajs@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de enero de 2021

Fecha de aceptación: 12 de agosto de 2021

Introducción

Cuando se abordan problemas de salud existen diferentes formas de entender y explicar dichos fenómenos, por lo tanto, de dar respuesta a los mismos, desde el modelo biomédico hegemónico que comprende a la enfermedad a partir de causas/riesgos, que pueden ser evitados por el individuo, hasta otras propuestas como las determinantes sociales y la determinación social.

La situación actual de salud en el caso específico de la diabetes en México, plantea un panorama complejo que amerita respuestas diferentes a las tradicionales y hegemónicas. Es así que el objetivo de este ensayo es revisar aportes conceptuales de la salud colectiva al estudio de la diabetes.

Las políticas públicas de diabetes en México: la responsabilidad individual y el discurso capitalista

México es el sexto país con más población con diabetes a nivel mundial (Hernández-Ávila et al., 2013; Moreno et al., 2014) y uno de los países con la más alta prevalencia de América Latina. Entre los años 2000 y 2012 se duplicó el número de personas con diagnóstico previo de diabetes (ENSANUT, 2012). En 2016, el 9.4% de la población mayor de 20 años padecía la enfermedad, y en 2018 subió al 10.3% (ENSANUT, 2016; 2018).

Además del incremento en la prevalencia de personas con diabetes de las últimas dos décadas, México es uno de los países del mundo en que la diabetes produce mayor daño. Desde el año 2000, la diabetes mellitus se constituyó como la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres (Rojas, 2015) y en 2016 la Organización Panamericana de la Salud calculó que la

población mexicana perdió dos años en su esperanza de vida a causa de la diabetes (OPS, 2017).

El país también presenta la mayor tasa de mortalidad por diabetes en América Latina (OPS, 2017), aun frente a países que tienen prevalencias similares.

Si bien el riesgo de diabetes aumenta con la edad, la obesidad y el sedentarismo, el análisis de su distribución muestra que su gravedad y letalidad no es igual para los distintos grupos sociales. Diversos estudios en México y el mundo han señalado que las consecuencias de la diabetes son más severas en los niveles socioeconómicos más bajos (Whiting et al., 2010), que existe una relación entre descontrol metabólico y grado de marginación (Medina y López Arellano, 2010; Whiting et al., 2010), y que las condiciones de salud relacionadas con la diabetes, como la obesidad, están actualmente asociadas con la pobreza (Drewnowski y Specter, 2004; Jiménez-Cruz et al., 2003; Whiting et al., 2010).

La desigualdad que predomina en América Latina influye fuertemente en la letalidad de la diabetes. A su vez, estas condiciones sociales estructurales generan un círculo vicioso: mayores niveles de pobreza y desigualdad, así como condiciones de vida precarias de la población exacerbaban los problemas de salud y, cuando estos se presentan, generan más pobreza y mayor desigualdad.

Del riesgo a las determinantes sociales

Para comenzar a realizar este análisis, es indispensable retomar el concepto de riesgo desde la epidemiología clásica. Su tesis central sostiene que en cada sociedad existen comunidades, familias e individuos con más probabilidades en

comparación con otros de sufrir un trastorno, enfermedad o problema, que por tanto son más vulnerables (Almeida, 2001).

Cuando los autores explican esa vulnerabilidad, la atribuyen a características esencialmente individuales (biológicas, genéticas, ambientales y psico-sociales) que interactúan entre sí (Breilh, 2003). La enfermedad aparece como un hecho de origen individual al que se pueden asociar otras probabilidades igualmente surgidas desde lo individual. Aunado de un cierre de campo analítico en el que los hechos aparecen descontextualizados (Breilh, 2003).

Es así que, cuando se habla de diabetes tipo II en México, existe una concepción que reafirma lo anterior, se ejemplificará desde la NOM-015-SSA2-2010 (DOF, 2015) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Aquí llama la atención como al ser la diabetes una enfermedad compleja que ha evidenciado una profunda inequidad en salud, se reduce en su prevención a la promoción de factores protectores y disminución de los factores de riesgo individuales, para ello quiero aclarar, que no se demeritan estas intervenciones, sin embargo, muestran un análisis limitado acerca del proceso salud enfermedad, en el caso específico de la diabetes tipo 2.

Tras evaluar a una persona con riesgo la normativa propone como intervención que: “los individuos considerados en alto riesgo de diabetes, deben ser informados de tal situación y efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida” (DOF, 2015: 19).

En este sentido, el discurso expresado a través de la normativa vigente para prevenir la enfermedad

refuerza el sentido individual, en la que el responsable de su situación de salud o enfermedad es la persona con diabetes; recordemos que estas normativas nacionales guían las actividades diarias de los profesionales de salud, es decir este discurso se lleva a la práctica. Como señala Foucault: “si hacemos cosas con palabras, las palabras nos pueden decir sobre las cosas que hacemos, la propia construcción de discursos y lenguajes para instruir aprehensiones teóricas sobre las acciones humanas, sus construcciones, la organización social de la vida” (Foucault, 1982).

Esto reafirma la noción de riesgo, aunado a que la propia enfermedad se convierte en el “nuevo factor de riesgo” para futuras complicaciones, centrada en las intervenciones desde el modelo biomédico hegemónico; en las que se plantea modificar conductas, comportamientos y hábitos individuales, sin reconocer que éstos están anclados en las formas como las colectividades viven, trabajan, conciben su salud y enfrentan la enfermedad (Medina y López Arellano, 2010) y en la cual se minimiza la dimensión subjetiva y existencial del padecimiento (Mercado et al., 1999).

A través de la epidemiología clásica se logró cuantificar no sólo la morbilidad y mortalidad, sino también los gastos ocasionados por la enfermedad, los años de vida perdidos. Ya desde 1995, se observó un comportamiento desigual; por ejemplo, el riesgo de morir por diabetes mellitus era 3.5 veces mayor en Chihuahua que en Oaxaca. En este sentido Mendoza Romo y colaboradores (2017) discuten como se ha observado que a menor ingreso y educación el riesgo de desarrollar DM2 es de 2 a 4 veces más alto, en comparación con personas con ingresos y educación más altos, lo que se ha corroborado en otros estudios (Hill et al., 2013).

También la pobreza se ha asociado con una esperanza de vida más corta y un aumento de la mortalidad, sobre todo la relacionada con enfermedades crónicas como la DM2 (Rabi et al., 2006). Sin embargo, no fue suficiente contar con estos datos epidemiológicos y tuvieron que pasar años para que en el 2008 la Organización Mundial de la Salud planteara analizar de otra forma la salud y la enfermedad, a través de la noción de determinantes sociales de la salud.

Pero, algo ocurrió, la postura de reunir evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud, reprodujo las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2000) pues fragmentó la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y eran susceptibles de ser modificados. Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores, pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza, y facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, por consiguiente elecciones inadecuadas de estilos de vida (López et al., 2011).

Esta situación no ha sido ajena en el abordaje de la diabetes, para la cual se identificaron aquellas determinantes sociales traducidos en “factores sociales” tales como nivel de ingreso, nivel educacional, ocupación, accesibilidad a los servicios de salud, dietas hipercalóricas, creencia sobre belleza y salud, género y funcionalidad familiar, mismos factores sociales que fueron individualizados y conformaron lo que Breilh llama, neocausalismo.

Realidad compleja y determinación social: Abordar la diabetes desde la salud colectiva

De acuerdo a Osorio y colaboradores el todo es más que la suma de las partes, pero también es sin duda menos, para lo cual plantea que aceptar la totalidad como una unidad compleja implica concebirla como una unidad contradictoria, que organiza y desorganiza, que ordena y desordena, para lo cual retoma un concepto de Marx, “síntesis de múltiples determinaciones” (Osorio et al., 2010).

La diabetes desde nuestro posicionamiento teórico en salud colectiva se plantea como una enfermedad compleja, que pertenece a una realidad igualmente compleja y contradictoria, en la que a partir de lo concreto se muestra la necesidad de problematizar los abordajes que se han realizado en cuanto a esta enfermedad y que evidencian, ir más allá de los abordajes convencionales y hegemónicos, en los que precisamente se ha hablado únicamente de enfermedad, no de las personas, sus subjetividades, mucho menos de un análisis desde la estructura hasta lo singular, en la que se consideren los conflictos, las contradicciones y la reproducción social.

Tenemos una tarea pendiente cuando se problematiza la diabetes en México, pues desde la mirada hegemónica se han dejado de lado algunos datos que permiten caracterizarla de manera compleja. Por ejemplo, la evolución de la diabetes de los años 70's hasta la actualidad, se observa con claridad que hubo un aumento de casos de enfermedad desde el inicio del neoliberalismo hasta la fecha actual, muestra de ello es que la diabetes en 1990 ocupaba el cuarto lugar en mortalidad en México mientras que en el año 2000 se constituyó como la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. Además del incremento,

también se observaba una distribución desigual de la diabetes en el país (Membreño y Zonana, 2005).

Por ello, aunque desde la epidemiología tradicional se plantea a la diabetes como un problema individual, en el que se deja de lado el modo de producción y la estructura del país, en este trabajo nos preguntamos: ¿Por qué no analizar un problema de salud como la diabetes desde una perspectiva de la determinación social? ¿Cómo el neoliberalismo trajo consigo cambios en los modos de vivir y enfermar?, situación que se refleja en la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes.

Para responder estos cuestionamientos, desde la salud colectiva se han desarrollado perspectivas teóricas, que enriquecen la discusión, problematización y el desarrollo de intervenciones para las personas con diabetes mellitus. Estas propuestas han permitido poner énfasis en la relación entre estructura social y las condiciones de vida (Laurell, 1997), así como entre estructura social y el proceso de trabajo (Laurell y Noriega, 1989), asumiendo también las explicaciones históricas de las políticas sociales.

Otra propuesta teórica ha enfatizado la capacidad generativa de lo individual y la capacidad de reproducción social de lo colectivo; una dialéctica que mantiene con vida el poder determinante de lo individual y social, pero enmarcado esa dinámica en la inserción estructural de los grupos. Como parte de esa línea está la caracterización de la multidimensionalidad de la salud como “determinación múltiple bajo interfaces jerárquicas” (Samaja, 1993).

Y finalmente, se ha propuesto a la salud como un objeto complejo multidimensional, aplicando la

categoría reproducción social para articular el sistema de contradicciones que se enlazan entre tres grandes dominios de la determinación social (Breilh, 1977; 2003): El *dominio general*, que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político-culturales; el *dominio particular* de los modos de vivir, con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad, y el *dominio singular* de los estilos de vida y el libre albedrío personal, que viven los individuos en sus condiciones fenotípicas y genotípicas (Breilh, 1979; 2010).

En el marco de esta propuesta de análisis de Jaime Breilh, parece relevante discutir los dominios de la determinación en el caso de la diabetes, si bien aquí este ejercicio será tan sólo un ejemplo teórico, es muy relevante realizar este tipo de análisis para el desarrollo de intervenciones concretas para las personas con diabetes mellitus. Esta reflexión, enfatizará la importancia de las políticas públicas, como parte del dominio general.

La diabetes desde la determinación social de la salud

Para abordar la diabetes tipo II, desde la determinación social, en lo que respecta al dominio general, se podría analizar las políticas públicas para la salud (Spinelli, 2008), así como aquellas que impactan en la soberanía alimentaria, regulación de “mercancías” con impacto sanitario, desde comida “chatarra”, etiquetado de productos alimenticios, hasta productos milagro (Medina y López, 2010). También, el acceso a satisfactores esenciales de salud, educación, recreación, tiempo libre e información (Diderichsen et al., 2002).

En el caso de México sería interesante analizar qué pasó con la estrategia nacional para la prevención, y el control del sobrepeso, la obesidad

y la diabetes propuesta en el 2013. Otro punto a considerar en la dimensión general, son los cambios en los patrones de alimentación, relacionados con las disponibilidad, accesibilidad, y valoración cultural de los alimentos (Olaiz et al., 2007) aunado al fenómeno de las transiciones alimentarias y la modelación de consumos vía publicidad en medios masivos de comunicación (Pérez, et al., 2010; Medina, 2010).

Respecto al dominio particular podría retomarse la transformación de los modos de vida, expresada principalmente en el predominio de las dinámicas urbanas, los cambios en las condiciones de vida, en los arreglos familiares, en las estrategias de vida cotidiana y en las relaciones de poder al interior de los grupos domésticos (Brunner, 1996; Arriagada, 2002; Valdés, 2008) y las dinámicas laborales, que precarizan el trabajo, reducen los tiempos para la preparación de alimentos, la propia ingesta de comida y recreación, que carecen de protección social y generan condiciones de estrés permanente (Minayo y Thedim, 2003).

Por último, en el dominio singular, es posible describir las estrategias de afrontamiento a la enfermedad, así como el padecimiento de la diabetes, definido como el fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean (Mercado, 1999).

Políticas y discursos sobre diabetes en México: la responsabilidad individual y el discurso capitalista

Las políticas públicas en salud pertenecen al dominio general, es posible a través de ellas analizar las contradicciones. Para enriquecer este ensayo, se realiza un breve descripción de las políticas públicas en México en el tema de diabetes, para mostrar qué están concebidas desde una concepción del problema de salud-enfermedad que enfatiza el carácter individual de la diabetes, lo que requiere ser, para problematizar y cuestionar desde la salud colectiva.

Algunos ejemplos son los siguientes: el 23 de Julio de 2018, en la página del gobierno de México se daba a conocer el impacto de las políticas públicas sobre diabetes mellitus, señalando inicialmente que *“Debido a la magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento e impacto negativo en la economía nacional que representa la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y las enfermedades relacionadas: sobrepeso, obesidad y problemas cardiovasculares, en México se han implementado políticas públicas con resultados positivos entre la población (Gobierno de México, 2018).*

Ejemplo de lo anterior es que en 2017 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos, reportaron en un estudio que en 2015 los mexicanos redujeron en 9.7 por ciento el consumo de bebidas azucaradas, es decir, dejaron de tomar 5.1 litros de este tipo de líquidos. Asimismo, incrementó 2.1 por ciento el consumo de agua embotellada, el logro se atribuye a la implementación de un impuesto a las bebidas azucaradas (Gobierno de México, 2018).

A través de este discurso surgen algunos cuestionamientos, para comenzar cómo se sitúa la enfermedad de importancia nacional por su impacto en la economía, se deja del lado a la colectividad, a la que enferma y padece.

En el segundo párrafo se habla de que uno de los “grandes logros” fue la disminución del consumo de bebidas azucaradas, esto llama la atención porque no sólo se individualiza la responsabilidad, no se habla de que el consumo de bebidas azucaradas va más allá de una decisión individual, no se habla del poder mercantil de las grandes empresas refresqueras, de la disponibilidad de agua potable, de los precios del agua embotellada, del cambio cultural de la alimentación, así como tampoco de discurso desde el capitalismo y las grandes empresas a través de la publicidad, nuevamente existe una punitiva a nivel individual y no a las grandes empresas.

De acuerdo a Berlinguer (1994), existen en la práctica conductas en las cuales la libertad de elección, parece notable, como el uso de cigarrillos, consumo de bebidas. Pero para ellos también existe una oferta organizada y a menudo una publicidad insidiosamente eficaz. Además de hacerlo sobre los casos particulares, se debe actuar sobre los motivos que empujan el consumo, sobre el control de la producción y el mercado.

Retomando las políticas públicas en página se habla de otro logro “*se prohibió la publicidad de alimentos con alto contenido calórico en horarios infantiles: en televisión abierta y de cable, de las 14:30 a las 19:30 horas, de lunes a viernes, y de las 07:00 a las 19:30 horas los sábados y domingos. La restricción en cine aplica para películas con clasificación A y AA. Solamente pueden publicitarse en programas infantiles aquellos*

productos que cumplan con criterios nutrimentales (Gobierno de México, 2018).

Desde luego que la medida es de relevancia pero la pregunta de trasfondo es ¿Por qué nuevamente se centra en lo individual? ¿Qué pasa con la regulación de las grandes empresas de comida chatarra? ¿Existen cambios sociales aunados a los cambios en las familias, los arreglos familiares, la precarización del tiempo para la alimentación? ¿El capitalismo ha mercantilizado incluso la alimentación saludable? ¿Comer saludable ahora es un lujo contra la accesibilidad de la comida chatarra?

En México, esta epidemia se acentuó con la firma del tratado de libre comercio (TLCAN) en 1994, cuando empresas de Estados Unidos llenaron el mercado mexicano de alimentos procesados, afirma Fátima Masse (2015). El TLCAN impulsó a empresas de Estados Unidos productoras de alimentos y bebidas a invertir en México, lo que llevó a nuestro país a estar hoy entre los 10 grandes productores mundiales de alimentos procesados, según la organización mundial de análisis en temas agrícolas Grain (2015).

De acuerdo a lo anterior no sólo habría que analizar la publicidad de la comida no saludable, sino de los mensajes que a partir de las políticas de comunicación en salud se difunden sobre el tema de diabetes. De acuerdo a Rojas Rajs (2016), al analizar la publicidad oficial sobre diabetes en México, no se encontraron mensajes, mientras que si se habla de sobrepeso, vacunas, imagen institucional, dengue. Al analizar los mensajes en la publicidad de prevención de sobrepeso, la autora destaca que en los comerciales se plantea este problema de salud como una cuestión de elecciones individuales: cuídate, elige, decide, son algunas de las palabras que se usan, sin tener por lo

menos una perspectiva de determinantes sociales mucho menos de determinación social.

Se podría analizar la convergencia de varias situaciones, que por sí solas son complejas y contradictorias, por un lado existe una tendencia a la individualización de la responsabilidad individual como señala Castiel (2007) “una salud persecutoria” y por el otro, el discurso capitalista, que sus trae la condición fundamental de la vida humana: la imposibilidad Schor-Landman (2015). Eliminar los imposibles, establecer que está prohibido “prohibir”, que todos los goces en exceso son posibles impone una circularidad sin límites, sin cortes, con consecuencias mortuorias miserables en los modos de vivir.

Si bien la prevención de las enfermedades crónicas se establece a partir de la mejora en los estilos de vida, no se toman en cuenta las condiciones que la sociedad capitalista apremia y que forman como llama Madel T. Luz (2019) ,nuevos valores de la sociedad capitalista, pero a su vez conforman un lugar hostil a la vida social y para la propia vida individual como totalidad biológica y psíquica. Es así que al premiar valores como la productividad, finalmente se logra ser productivo laboralmente, a costa de sacrificar horas dedicadas a la alimentación, a dormir, al ocio, al descanso, todo ello con consecuencias en la vida y la salud.

Reflexión final

Establecer una postura crítica a través de la salud colectiva es necesario para analizar de forma compleja los problemas de salud-enfermedad actuales, puesto que no es suficiente abordarlos a través de los posicionamientos hegemónicos.

De manera dominante, la diabetes en México se ha estudiado y abordado a través de factores de riesgo, que individualizan la situación, pero es a través de la determinación social, teniendo como base un origen materialista histórico y teorías críticas, se plantea una forma diferente de analizar el problema, que aporta al cuestionarse el papel del capitalismo en su fase neoliberal para determinar el modo de vivir y de enfermar de diabetes, así como para entender este problema de salud-enfermedad como una situación de clase, pobreza e inequidad.

Permite, sobre todo, analizar las contradicciones entre políticas e intervenciones y sus limitaciones. Por ejemplo, se ha afirmado que el progreso de la diabetes se puede prevenir mediante programas que promuevan una dieta sana y equilibrada y el ejercicio físico, con la contradicción de que muchas personas tienen un acceso muy limitado a instalaciones para realizar ejercicio, zonas de recreo o incluso a una alimentación sana, lo que generalmente está asociado a la clase social y a las condiciones socioeconómicas. Esta inequidad nace del modo de producción capitalista, que se acompaña de un discurso que también transforma los valores de sociales a individuales, en los que refuerza la idea de la responsabilidad individual, mismo discurso permea todas las dimensiones, social, económica, política, social y salud.

Hasta hoy, la situación de la diabetes en México continúa agravándose. Consideramos que mientras no se analice la diabetes como un fenómeno complejo, contradictorio, determinado social e históricamente, ligado a los cambios en todos los rubros que acrecientan la desigualdad e inequidad que provocan las sociedades capitalistas, especialmente en su fase neoliberal, las intervenciones y medidas para combatirla serán inadecuadas. La visión desde la salud colectiva puede aportar para la transformación de las determinaciones.

Referencias

- Almeida, F. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar editorial, 10-30.
- Almeida, N. (2001). *For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes*, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 17, Núm. 4: 753-77.
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdades en las familias latinoamericanas, *Revista de la CEPAL*, vol. 77: 143-171.
- Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad*. Buenos Aires: Lugar editorial, 20-29.
- Breilh, J.(1977). Crítica al modelo ecológico funcionalista de la epidemiología. Tesis de maestría en medicina social. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.
- Breilh, J. (1979). *Epidemiología: economía, medicina y política*. Quito: Universidad Central, 200- 208.
- Breilh, J.(2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad* (Vol. 17). Buenos Aires: Lugar editorial, 209-210.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador corporación EDITORA NACIONAL, 207-208.
- Brunner, E. (1996). “The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers”. En: Blane, D.; Brunner, E. y Wilkinson, R. (ed.) *Health and social organization*. Londres: Routledge, 272-297.
- Castiel, L. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar editorial, 83-85.
- Drewnowski, A. y Specter, S. (2004). “Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs”, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol.79: 6-16.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) 23 de noviembre de 2015: Norma Oficial Mexicana. 015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- Diderichsen, F., Evans, T. y Whitehead, M. (2002). *Bases sociales de las disparidades en salud. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: Organización Mundial de la Salud, 13-25.
- ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) (2012). Resultados nacionales 2012. México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud.
- ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) (2016). Resultados nacionales 2016. México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud.
- ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) (2018). Resultados nacionales 2018. México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud.
- Foucault, M. (1982). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI, 33-39.
- Gobierno de México. (2018). Secretaria de salud. El impacto de las políticas públicas sobre diabetes mellitus. <https://www.gob.mx/salud/documentos/el-impacto-de-las-politicas-publicas-sobre-diabetes-mellitus?state=published> (consulta 9 de noviembre de 2020)
- Grain. (2015). Libre comercio y la epidemia de la comida chatarra en México. <https://grain.org/es/article/5171-libre-comercio-y-la-epidemia-de-comida-chatarra-en-mexico> (consulta 9 de noviembre de 2020)
- Hernández-Ávila, J. (2013) “Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia”, *Salud Pública de México*, vol. 55, Núm.2: 129-136
- Hill, J.; Nielsen, M. y Fox, M. (2013). “Understanding the Social Factors that Contribute to Diabetes: A means to Informing Health Care and Social Poli-

- cies for the Chronically III”, *The Permanente journal*, vol.17, Núm.2: 67-72.
- Jiménez, A.; Bacardí-Gascón, M. y Spindler, A. (2003), “Obesity and hunger among Mexican-Indian children on the US-Mexico border”, *International Journal of Obesity*, vol. 27, Núm. 6: 740-747.
- Laurell, C. y Noriega, M. (1989). *La salud en la fábrica. Estudio de la siderurgia mexicana*. México: Ediciones era, 20-25.
- Laurell, C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Ediciones Era, 101-105.
- López, O. et. al. (2011). *Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia*. En Eibenschutz, C. et al (coords.). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana, 253-272.
- Madel, L. et. al. (2019). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Brasil: Editora Fiocruz/Edições Livres, 28-35.
- Masse, F. (2015). Fat city: The obesity crisis that threatens to overwhelm Mexico’s capital. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/cities/2015/nov/13/fat-city-obesity-crisis-mexico-capital-sugar-tax> (consulta 10 de noviembre de 2020)
- Medina, G. y López, A. (2010). “Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en México”. En: Chapela, M. (ed.) *En el debate: diabetes en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, 31-32.
- Membreño, M. y Zonana, N. (2005). “Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad”, *Revista médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, vol. 43, Núm.2: 97-101.
- Mendoza, M. et. al. (2017). “Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo II y su relación con el índice de desarrollo humano”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.41, Núm.103: 1-6.
- Mercado, F. et. al. (1999). “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico”, *Cadernos de saúde pública*, vol. 15, Núm.1: 179-186.
- Minayo, C. y Thedim, C. (2003). “Reestructuracao produtiva e novas formas de sociabilidade”. En: Cáceres, C.; Cueto, M.; Ramos, M. y Vallenas, S. (coord.) *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 527-540.
- Moreno, L. et. al. (2014). “Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México”, *Revista médica del hospital general de México*, vol. 77, Núm.3: 114-123.
- Olaiz, G. et. al. (2007). “Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000”, *Salud Pública de México*, vol. 49, Núm.3: 331-337.
- Osorio, A. et. al.(2010). “La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables”, *Revista hacia la Promoción de la Salud*, vol.15, Núm.1: 128-143.
- Pérez, A. y Berenguer, M. (2015). “Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2”, *MEDISAN*, vol.19, Núm.10: 1268-1271.
- Pérez, D.; Rivera, J., y Ortiz, L. (2010). “Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿Los niños están más expuestos?”, *Salud Pública de México*, vol. 52, Núm. 2: 119-126.
- Rabi, D. et. al. (2006). “Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services”, *BMC Health Services Research*, vol.6: 1-7.
- Rojas, S. (2006). “La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: problemas y límites para la comunicación en salud”, *Revista Salud Problema*, vol.10, Núm.19: 9-21.
- Rojas, S.(2015). “Epidemiología de la diabetes melli-

- tus en México”. En: Aguilar, C. et. Al. (eds.). *Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura*. México: Academia Nacional de Medicina de México.
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba, 40-55.
- Schor-Landman, C. (2015). “Salud mental; salud social. Dilemas de los seres humanos en la contemporaneidad” En: Tetelboin, C. y Laurell, A. (coords.) *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Argentina: Editorial CLACSO, 17-40.
- Spinelli, H. (2008). La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades, un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. Ponencia presentada en el taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES, Ciudad de México, 30 de septiembre- 2 de octubre.
- Valdés, J.(2008). Cambios en la distribución socio-territorial de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en México, 1990-2000. Tesis de grado. Doctorado en ciencias en salud colectiva, México: UAM-X.
- Whiting, D.; Unwin, N.; Roglic, G. (2010). *Diabetes: Equity and social determinants. Equity, social determinants and public health programmes*. Washington: Organización Mundial de la Salud, 77-94.