

# Obesidad, la otra pandemia. Un enfoque desde la bioética y el derecho a la no discriminación en México

Raúl Ruiz-Canizales<sup>1</sup> 

Facultad de Derecho, Universidad Autónoma de Querétaro, Santiago de Querétaro, México.

## Resumen

**Propósito/Contexto.** El propósito del presente artículo es describir, con un enfoque bioético, la forma como la obesidad y el sobrepeso constituyen un problema pandémico no sólo de salud pública, sino que es una problemática multifactorial que requiere de una mirada convergente, desde diversas disciplinas, para orientar acciones en torno al derecho a la salud y al derecho a la no discriminación.

**Metodología/Enfoque.** El artículo se desarrolla a partir de un acercamiento interdisciplinar. Con ello se pretende analizar el padecimiento de la obesidad a partir de su manifestación multifactorial y con el objetivo de que las ciencias que allí convergen generen los marcos de acción para diseñar políticas públicas para su prevención o mitigación.

**Resultados/Hallazgos.** Se identifica, frente a la compleja naturaleza multifactorial de la obesidad, cómo al lado del derecho a la no discriminación aparece una gama amplia de factores que, abordados de manera aislada, generan acciones desarticuladas.

**Discusión/Conclusiones/Contribuciones.** Se contribuye a la discusión sobre cómo podríamos avanzar en el derecho a la salud en materia de obesidad, pero sobre todo en cómo impulsar la discusión interdisciplinaria sobre la responsabilidad normativa moral y jurídica que se deriva del problema de la obesidad.

**Palabras clave:** bioética, derecho a la no discriminación, derecho a la salud, discriminación, obesidad, sobrepeso, salud pública, políticas públicas.

## Autor de correspondencia

1. Raúl Ruiz Canizales, Facultad de Derecho, Universidad Autónoma de Querétaro.  
Correo-e: [raul.canizales@uaq.mx](mailto:raul.canizales@uaq.mx)

## Historia del artículo

**Recibido:** 14 de septiembre de 2019  
**Evaluado:** 11 de noviembre de 2020  
**Aprobado:** 29 de noviembre de 2020  
**Publicado:** 17 de diciembre de 2020

## Cómo citar este artículo

Ruiz-Canizales, Raúl. 2020. "Obesidad, la otra pandemia. Un enfoque desde la bioética y el derecho a la no discriminación en México." *Revista Colombiana de Bioética* 15, no. 2: e3203. <https://doi.org/10.18270/rcb.v15i2.3203>

## Obesity, the Other Pandemic. An Approach from Bioethics and the Right to Non-discrimination in Mexico

**Purpose/Context.** This article seeks to describe from a bioethical approach how obesity and overweight are a pandemic problem not only for public health. This multifactorial problem requires a convergent view from different disciplines to guide actions around the right to health and the right to non-discrimination.

**Method/Approach.** An interdisciplinary approach is employed to analyze obesity from its multifactorial manifestation so that the sciences that converge there establish action frameworks to design public policies for its prevention or mitigation.

**Results/Findings.** Faced with the complex multifactorial nature of obesity, we identified how a wide range of factors appear alongside the right to non-discrimination that, when approached separately, result in disjointed actions.

**Discussion/Conclusions/Contributions.** It contributes to the discussion on how we could advance the right to health regarding obesity and, above all, how to promote an interdisciplinary discussion on the moral, legal, and regulatory responsibility derived from the obesity problem.

**Keywords:** Bioethics, right to non-discrimination, right to health, discrimination, obesity, overweight, public health, public policies.

## Obesidade, a outra pandemia. Uma abordagem a partir da bioética e o direito à não discriminação no México

**Objetivo/Contexto.** O objetivo do presente artigo é descrever, com enfoque bioético, a maneira como a obesidade e o sobrepeso constituem um problema pandêmico não só de saúde pública, mas também multifatorial que requer uma visão convergente, desde diferentes disciplinas, para orientar ações em torno do direito à saúde e ao direito à não discriminação.

**Metodologia/Abordagem.** O artigo é desenvolvido a partir de uma abordagem interdisciplinar. Com isso, pretende-se analisar o sofrimento da obesidade a partir de sua manifestação multifatorial e com o intuito de que as ciências que ali convergem gerem os marcos de ação para a formulação de políticas públicas para sua prevenção ou mitigação.

**Resultados/Descobertas.** Identifica-se, diante do complexo caráter multifatorial da obesidade como, ao lado do direito à não discriminação, surgem uma ampla gama de fatores que, quando abordados de forma isolada, geram ações desarticuladas.

**Discussão/Conclusões/Contribuições.** Contribui-se para a discussão de como podemos avançar no direito à saúde em relação à obesidade, mas, sobretudo, de como promover a discussão interdisciplinar sobre a responsabilidade normativa moral e legal que decorre da problemática da obesidade.

**Palavras-chave:** bioética; direito à não discriminação; direito à saúde; discriminação; obesidade; excesso de peso; saúde pública; políticas públicas.

## Introducción

En el siglo pasado, la obesidad transitó de un “estatuto” de indiferencia a constituirse en un problema que, actualmente, es uno de los temas prioritarios tanto en la agenda de los gobiernos —incluyendo el de México— como en la de los organismos internacionales, al grado de desencadenar una serie de álgidas discusiones en el marco del diseño de las políticas públicas.

Básicamente, se pueden identificar tres etapas en torno a la actitud que la comunidad de científicos y autoridades ha manifestado. La primera de esas etapas fue de indiferencia; la obesidad era vista como una cuestión asociada a los cánones estéticos, por no dejar de mencionar el carácter de atributo de salud y poder en algunos sectores de la sociedad. En la segunda etapa, la obesidad se aceptó como un elemento condicionante de factores de riesgo. En la tercera etapa, se identifica no solo a la obesidad sino también al sobrepeso, como patologías conllevan una serie de efectos y esto motivó a que se incluyesen en la larga lista de padecimientos que encajan en la narrativa de los derechos humanos, bajo el manto de lo que específicamente conocemos como el derecho humano a la salud.

Y es que, efectivamente, para decirlo con Arteagal (2012, 145-153), gracias a los avances de los conocimientos de la fisiología y fisiopatología de los adipocitos, se confirmó el carácter patológico de esta condición. En otras palabras, a partir del desarrollo de aquellos conocimientos fue posible identificar a la obesidad como el principal condicionante, en nuestros días, de patología crónica no transmisible. Pero no solo eso, sino que comenzaron a identificarse otro tipo de padecimientos de naturaleza diversa que más adelante se mencionarán. Merece adelantar que cuando se trata de la coexistencia de dos o más enfermedades, directa o indirectamente relacionadas y asociadas, en nuestro caso, a la obesidad, la ciencia de la medicina nos explica que estamos en presencia de lo se conoce como comorbilidad. Por el momento, se ha identificado una serie de comorbilidades asociadas a la obesidad y el sobrepeso, como las que se describen a continuación: 1) metabólicas: diabetes mellitus 2, dislipidemias, hipertensión arterial, cardiovasculares, neoplasias, colelitiasis, hígado graso, ovario poliquístico; 2) mecánicas: hipoventilación, apnea del sueño, miocardiopatía, insuficiencia cardiaca, osteoartrosis; 3) psicosociales: depresión, ansiedad, alteraciones conductuales y, sobre todo, discriminación social y laboral.

De todas estas comorbilidades resulta difícil ponderar o consensuar cuál de ellas exige mayor atención, pero en lo que podríamos coincidir es que si determinamos un criterio, de entre todos los que entran en juego, podríamos sopesar cuál de aquellas comorbilidades merecen más atención y seguimiento desde las políticas de prevención de riesgos. Sostenemos esto porque si el criterio a partir del cual habremos de ponderar es el del costo-beneficio institucional, entonces concluiremos que debemos poner la vista en la diabetes, pues es un padecimiento asociado a la obesidad y el sobrepeso, y en virtud del cual se invierten millones. También los gobiernos de muchos países se han enfrentado a una situación bastante compleja con la diabetes pues esta enfermedad constituye, *per se*, una condición multifactorial detrás de la cual se entreveran muchos otros factores: hábitos, genética, estilos de vida, calidad de vida, acceso a alimentos industrializados, pobreza, educación alimenticia e incluso, la propia libertad de los sujetos para decidir sobre sus prácticas alimentarias: “el paciente diabético y el paciente obeso no percibe como grave el problema que tiene, lo percibe como una situación inherente a su estilo de vida, inherente a su familia o a la sociedad en la cual está viviendo o trabajando” (Villaseñor Ruiz 2018, 249-251). Lo anterior nos obliga a preguntarnos en qué medida los procesos de intervención para combatir y prevenir la diabetes afectan la libertad de las personas, al momento en el que definen dichas prácticas alimenticias.

Como se puede apreciar, el problema de la obesidad y el sobrepeso no es algo que se presenta de manera aislada. En el abanico de las diferentes patologías estas se entrecruzan, se entrelazan. En lo que corresponde a las causas y efectos queda claro que su explicación y descripción, actualmente, no pertenece al dominio exclusivo de la medicina sino que en la problemática misma se encuentran puntos de intersección cuyo abordaje nos conduce a la bioética, como el espacio interdisciplinario desde el cual, en razón, precisamente, de su estatus epistemológico, permite el intercambio de información y de experiencias. La perspectiva bioética propiciaría el diseño de políticas públicas más completas, enfocadas en la prevención y, en la medida de lo posible, dirigidas a mitigar el impacto en la salud de las personas:

Llevar a cabo la formulación y la puesta en marcha de planes de acción en el contexto de una política para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad exige un claro y actualizado conocimiento de los patrones de consumo alimentario y de la actividad física de la población, así como de las múltiples políticas, directas, indirectas y no intencionadas, a las cuales se dirigen estos instrumentos de salud pública (Oliva et al. 2008, 507-510).

Más adelante me referiré a este cuadro desde la perspectiva bioética; ahí describiré algunas aristas que han cobrado mucha importancia, además de la demostrada correlación que se advierte con el problema fundamental de la obesidad y el sobrepeso.

## **Obesidad, la otra pandemia. Problemas de discriminación**

La obesidad es una enfermedad que comenzó a ser endémica en los países desarrollados y, de hecho, constituye una de las alteraciones metabólicas más frecuentes del mundo occidental, al grado que se le ha caracterizado como la pandemia del siglo XXI (Oliva et al. 2008, 507-510). Esta caracterización no es gratuita; la obesidad se encuentra ubicada en la lista de enfermedades no transmisibles que, por paradójico que parezca, han causado más muertes que incluso aquellas enfermedades de naturaleza transmisible, lo que es propio de las pandemias.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2011, 9) del total de las muertes acaecidas en el 2008, el 63 % de ellas fueron atribuidas a las enfermedades no transmisibles (ENT), específicamente por padecimientos cardiovasculares. Pero esto no queda ahí. Se tiene registrado una tendencia al alza en el mundo (excepto en África), de tal modo que la hipótesis de valor que se pronostica sostiene que, precisamente, para finales de esta década, este tipo de muertes habrá aumentado en un 15 %. Siguiendo los datos de la OMS (2018), en el 2018 este organismo internacional informó que la tendencia al alza seguía en esa misma dirección: en primer lugar, la OMS apunta que las enfermedades no transmisibles matan 41 millones de personas cada año, cifra que equivale al 71 % de las muertes en el mundo; en segundo lugar, describe que cada año mueren por ENT cerca de 15 millones de personas, cuyas edades oscilan entre los 30 y los 69 años, y que más del 85 % de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos (también llamados, en la jerga de los economistas como países de economías emergentes); en tercer lugar, la OMS sostiene que las enfermedades cardiovasculares ocasionan la mayoría de las muertes de las enfermedades no transmisibles, es decir, 17,9 millones cada año, seguida del cáncer (9,0 millones), de las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y, por último, según los datos más recientes de la OMS (2020) de la diabetes (1,6 millones); en cuarto lugar, la OMS explica que esos cuatro grupos de enfermedades son las responsables de más del 80 % de todas las muertes por ENT. En el caso particular de México, a finales del 2019, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI (2019), informaba lo siguiente:

De las 722 611 defunciones registradas, el 56,4 % fueron hombres, el 43,5 % mujeres y en 376 casos el sexo no fue especificado. Del total de defunciones, el 88,4 % se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud, mientras que 11,6 % fueron por causas externas, principalmente accidentes, homicidios y suicidios. Las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos. Los homicidios representan la cuarta causa de muerte en hombres.

Estas causas de muerte se han atribuido a la generalización de patrones de conducta que consisten, además de los hábitos alimenticios, en una mayor afluencia de poblaciones a ambientes urbanos y a la adopción común de estilos de vida sedentarios y de consumo de alimentos dañinos, lo que ocasiona la aparición de estas enfermedades. Es así que las enfermedades no transmisibles se han convertido en la mayor carga para los sistemas de salud, en virtud de que las denominadas “cuatro grandes enfermedades” —padecimientos cardiovasculares, cáncer/neoplasias, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes tipo 2— por sí solas son las causantes del mayor número de fallecimientos a nivel mundial. A esta circunstancia ha merecido el nombre de “transición epidemiológica”, expresión bajo la cual se hace referencia al hecho de que, entre las causas de muerte, las enfermedades transmisibles cedieron lugar a las enfermedades no transmisibles. (Gómez Dantes et al. 2011, 222)

Ahora bien, decíamos que estas enfermedades, las no transmisibles, se han convertido en la mayor carga para los sistemas de salud. Sin embargo, en el caso de los países subdesarrollados o de economías emergentes —como México— el problema se traduce en una doble carga, ya que hay una convergencia con las enfermedades transmisibles, lo que implica compartir el gasto destinado a atender estas últimas. No en vano a este escenario de salud también se le ha reconocido como “epidemia generalizada” y constituye el motivo de preocupación más grande en todos los sistemas salud y en la propia comunidad internacional (Hancock, Kingo y Raynaud 2011, 23-24).

Además de las comorbilidades ya descritas con antelación, estas enfermedades traen aparejadas otras complicaciones clínicas y metabólicas a mediano y largo plazo, entre las cuales destacan la resistencia a la insulina, la hipercolesterolemia y las complicaciones conductuales y psicosociales como los trastornos de la alimentación, la dependencia, la pasividad, entre otras. Así mismo, en Europa se ha presentado una tendencia significativamente creciente, de tal forma que en el caso particular de España se acuñó la expresión “obesidad epidémica” (Oliva et al. 2008, 507).

También es necesario aclarar que algunos estudios clínicos que se han llevado a cabo informan que la asociación del sobrepeso con varias comorbilidades no es sino la resultante de la interacción interdependiente con otros factores. Lo anterior se puede entender a partir de la concepción actual del tejido adiposo como un órgano endocrino (Arteagal 2012, 147)

Por otro lado, en el caso particular de la obesidad como causante de problemas psicológicos, mientras que la OMS (y otros estudios) han documentado consecuencias de este tipo, otros estudios apuntan que no necesariamente sucede así. Por ejemplo, la OMS (1997) informa que las consecuencias psicológicas que se han detectado van desde problemas de relaciones interpersonales, baja autoestima, aislamiento, depresión, ansiedad hasta compulsión de ingerir alimentos para aliviar la ansiedad y la falta de afecto. Otros estudios indican que la obesidad no se asocia con la ansiedad, la baja autoestima, el afrontamiento pasivo o la depresión, a pesar de que actualmente se sostenga la hipótesis de que los obesos tienen problemas psicológicos (Cárdenas-García et al. 2014, 124). Al respecto, por ejemplo, Unikel Santocini, Vázquez Velázquez y Kaufer Horwitz (2018, 18) sostienen que “hasta la fecha no se ha establecido una posición categórica sobre si la psicopatología es causa o consecuencia de la obesidad; no es claro si las dificultades

psicológicas preceden al sobrepeso, si el sobrepeso precede a las dificultades psicológicas o si las relaciones son recíprocas”. En el caso del estudio de Cárdenas-García merece precisar que, como los propios autores lo reconocen, se trata de una investigación que reviste ciertas limitaciones: la primera, es que es que la muestra no es representativa respecto al universo de la población; segundo, en sus resultados la obesidad no es en sí un detonante de problemas emocionales como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, el afrontamiento pasivo, entre otros; la tercera limitación que ellos aluden es el carácter transversal, descriptivo y prospectivo de su propia investigación. Lo que sucede en los estudios transversales, como bien lo apuntan Herranz Barbero, López de Mesa y Azcona San Julián (2015, 136), es que únicamente logran establecer asociación pero no causalidad.

## Obesidad y bioética

Los graves y costosos problemas de salud asociados a la obesidad y al sobrepeso y dado el carácter multifactorial de este fenómeno, se requiere un enfoque mucho más ambicioso e interdisciplinario para abordarlo, de lo que se hiciera a mediados del siglo XX. A partir de las últimas tres décadas la bioética, como una rama específica de la ética aplicada y de la filosofía práctica, se ha consolidado como un espacio interdisciplinario por excelencia para la discusión y fundamentación crítica, racional y argumentativa del fenómeno moral o, si se quiere, de los dilemas morales que emergen de la puesta en práctica de los diversos saberes y tecnosaberes. Hoy la bioética no se ciñe al campo de la medicina pero es esta área del conocimiento la que sirvió, de alguna manera, como el contexto disciplinar en el que la propia complejidad de los dilemas éticos allí emergentes llevó a la discusión sus propias prácticas y, de manera concomitante, a la necesidad de trasladar esta discusión a espacios de convergencia interdisciplinar. Para eso surgió la bioética. Por ello, la expresión de Stephen Toulmin es más que atinada, en el sentido de que “la medicina ha salvado la vida de la ética”, en un contexto en el que el progreso de la técnica médica casi deja infértil a la metaética (Toulmin 1986, 265-281).

La bioética, se ha insistido en ello, no es una disciplina sino un espacio interdisciplinario en el que no solo los filósofos estudian el fenómeno moral o, mejor dicho, no solo ellos son los requeridos al momento de discutir sobre los dilemas morales. El caso de la obesidad constituye una problemática compleja, con múltiples aristas, en las que son convocadas diversas ciencias para un análisis interdisciplinar y para deliberar sobre los dilemas éticos que surgen a su alrededor, tales como: a) la economía: en este punto, desde una perspectiva bioética, nos ocupamos de la ética en la distribución justa de la riqueza para que las personas puedan satisfacer, por sí mismas, las necesidades básicas, combatir la pobreza, acceder a la canasta básica. La medicina, como muchas otras actividades, tiene fines específicos y propios, pero no permanece aislada del componente económico; sin embargo, esto tampoco implica que todo lo que tenga que decidirse, en cuanto a qué tipo de asistencia sanitaria se debe decantar y cómo debe distribuirse, lo debe dictar exclusivamente la ciencia económica, sus leyes, sus métodos (De Lora y Gascón Abellán 2008, 170-171), ni mucho menos su racionalidad instrumental; b) la psicología: que se refiere a problemáticas como la depresión, la ansiedad, etcétera; c) la administración pública: que se ocupa del diseño, implementación y desarrollo de políticas públicas integrales y transversales para disminuir los efectos de la obesidad; d) la antropología: relacionada con la herencia culinaria regional, las manifestaciones culturales en la gastronomía de los pueblos y comunidades, y las expresiones arraigadas en las tradiciones culinarias; e) la nutriología: sobre las patrones de consumo (prácticas alimentarias) y la ingesta de alimentos, la transición alimentaria nutricional, la orientación en las dietas cotidianas, las advertencias e información sobre los tipos, los riesgos y la calidad de

ciertos tipos de productos en el mercado, entre otros f) el derecho: sobre la regulación (prohibición o permisión) del comercio y tasación de ciertos productos, la política legislativa que garantice el derecho a la salud como un tipo específico de derecho social, la producción legislativa que regule la discriminación por esta específica condición de salud que genera la obesidad.

Entonces, la bioética invita a la medicina a no solo echar mano de la etnomedicina, sino a incluir otros campos del conocimiento que alienten la formulación de posibles respuestas más abarcadoras, sobre todo en contextos similares a países como México, en el que, además de la persistencia de diferencias estructurales y territoriales (desigualdad derivada de la geografía), convergen también problemas de inequidad y evidentes desigualdades en el gasto público destinado a la salud. La constante en México ha sido una clara discrepancia de carácter territorial en el acceso y la protección de la salud (Carbonell y Carbonell 2013, 71). En este sentido, se requiere de los especialistas de cada una de las disciplinas mencionadas para pensar, dirimir, discutir y así arribar a soluciones inmediatas, en virtud de los dilemas bioéticos o de los casos complejos (morales) de la vida cotidiana. Las reglas a las que se ceñirían todos los especialistas serían, principalmente, aquellas que apuntan a la deliberación crítica, racional y argumentativa, pero sobre todo la exigencia de la universalidad de los argumentos, a efecto de que sean atendibles y formulados con imparcialidad (Garzón Valdés 1998, 7-8).

La bioética, entonces, es el espacio donde confluyen los profesionales de las ciencias sociales con los profesionales de las biotecnociencias, la medicina y las ingenierías. Los problemas morales no solo se generan a partir de las relaciones que los seres humanos entablan con otros seres humanos, sino también de las relaciones de los seres humanos con otros seres que aún no son humanos, pero también con otro tipo de vida animal no humana, además de las relaciones de los seres humanos con su medio ambiente. La bioética se encarga de escudriñar qué es lo que está sucediendo en el ámbito de lo moral, a partir de ese tejido de relaciones. Ello permite hablar no sólo de interdisciplinariedad, sino también de transdisciplinariedad. No hay “expertos en bioética” sino tal vez profesionales expertos, desde sus áreas, en el fenómeno moral en los términos aquí descritos. A eso se hace referencia cuando se habla de su ‘estatuto epistemológico’. Este espacio de discusión se gesta a partir de la formación de especialistas de las diversas áreas del conocimiento. Por ejemplo, para explicarlo con Pardo López (2018, 73 y 74), en el caso específico del problema que aquí se aborda, la obesidad tiene como punto de partida la medicina, la cual necesariamente tiene que tomarse de la mano, en una primera instancia, con las ciencias de la nutrición (nutriología), pues hay que tener claro que los dilemas éticos que surgen de la atención individual son, en este sentido, competencia de la ética clínica; mientras que todos aquellos dilemas morales que surgen directamente de la atención colectiva, de lo comunitario, compete a la ética de la salud pública, específicamente a la justicia distributiva; es decir aquella en cuya concepción de igualdad, orienta sus pautas hacia la distribución de cosas desiguales en proporción a la desigualdad de los sujetos. Los casos de posibles excepciones son dados en contextos muy particulares y bajo reglas específicas (emergencias sanitarias, por ejemplo). Lo anterior en razón de que esta ardua labor de orientación tiende necesariamente a considerar todo un espectro de variables asociadas a las manifestaciones propias de la cultura culinaria del ser humano, así como el estrato socioeconómico, sin dejar de considerar las condiciones sociales, culturales y políticas, entre otras muchas. En efecto, la inclusión de estos complejos escenarios permite a los involucrados diseñar un conjunto de intervenciones que preserven la identidad de las personas. De ahí que en el análisis desde la nutriología clínica —bajo un contexto interdisciplinario—, la bioética adquiere relevancia. La bioética debe ser entendida como un espacio de diálogo y deliberación interdisciplinaria, dentro de la ética

aplicada, que aspira a proveer los ejes orientadores de la conducta humana incluso en su relación con el medio ambiente. En su origen etimológico proviene del griego bios y ethos, es decir, ética de la vida. Hoy, este tipo de ética aplicada está vinculada a la noción de calidad de vida, estilo de vida, vida humana y no humana, en un contexto de excesiva tecnologización que ha incidido de manera directa en el problema de la obesidad y en el que los niños y adolescentes no escapan a este problema; es todo lo contrario (Tenorio Ramos 2018, 87). De hecho, para el tema específico que aquí nos convoca, a partir de los años setenta, se comenzó a hacer uso, en la jerga de las áreas del conocimiento involucradas, del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), bajo el cual se sostiene la premisa de que el bienestar de los pacientes, así como la propia experiencia que tienen de su enfermedad y de los cuidados médicos que reciben, son elementos que deben considerarse durante el tratamiento y el control evolutivo. Así mismo, se acentúa el hecho de que la obesidad repercute en las CVRS, en general, y se informa que estas también tienen un impacto en la autoestima, el bienestar físico y emocional, en particular. Lo anterior contribuye a entender, de manera un poco más clara, que la única forma en que podemos observar nuestro objeto de estudio y, por tanto, enfrentar el amplio abanico de patologías que giran a su alrededor, es a partir de la consideración de su naturaleza multifactorial. Son muchas las complicaciones clínicas y metabólicas derivadas de esta condición al grado en el que hoy se distingue entre obesidades y obesidad; esto por las evidencias que informan sobre las causas endógenas o exógenas, o que pueden originarse de manera primaria, secundaria o concomitante con otras patologías (Herranz Barbero, López de Mesa y Azcona San Julián 2015, 131-138).

Así, pues, las múltiples aristas que reviste la problemática de la obesidad nos ubican en una dimensión interdisciplinar en la que cada ciencia debe orientarnos sobre los aspectos que están en juego.

## Discriminación

Si la noción de tratamiento implica la conducta de un sujeto dirigida a otro y si la justicia es la virtud perfecta y universal, en tanto que está referida a la otredad o, en otras palabras, en tanto que se refiere a una relación con otro en un plano de igualdad (igualdad de tratamiento), entonces el padecimiento de la obesidad exige de los demás (agentes morales privados y agentes pertenecientes al ámbito de lo público) pautas de estricto apego al derecho a la no discriminación. Ahora bien, resulta preciso esclarecer que por tratarse de un padecimiento, la idea de igualdad de tratamiento no puede referirse a un tratamiento *absolutamente igual* (que olvida o exige omitir las diferencias de las personas). Más bien se refiere a la idea de tratamiento igualitario, el cual no implica un juicio igual en todos los casos, sino un debido reconocimiento de las diferencias. Derivado de lo anterior, los sujetos obligados por el derecho a la no discriminación son, en primer término, las autoridades públicas (obligación de *non facere* del Estado) pero esto de ninguna manera significa que los particulares no constituyan el centro de imputación de este tipo de normas, ni mucho menos que queden eximidos de la obligación de tratar igual a las personas; en muchas ocasiones se ha dicho que del derecho a la no discriminación surge una obligación hacia ellos, especialmente sobre quienes se encuentran en posición de ventaja o privilegio (Gutiérrez Rivas y Salazar Ugarte 2011, 50-51).

Ahora bien, en el campo del derecho es a partir de la descripción de las causas, efectos y complicaciones multifactoriales lo que nos permite desarrollar una mirada bioética, es decir, interdisciplinaria. Para ello, Oliva et al. (2008, 508) distinguen entre causas directas y causas indirectas. Las primeras se refieren a una dieta inadecuada, en la ausencia o insuficiencia de actividad física. Sin embargo, se deben tener presente las dificultades



implícitas en el estudio de los determinantes directos de la obesidad. No es una labor sencilla. La ruta que se propone consiste en identificar las vías o causas indirectas que afectan tanto la dieta (ingesta calórica y composición) como la actividad física en los lugares de trabajo, escuela y en el tiempo libre. En el caso particular de las causas que afectan la dieta, la vía de exploración que mejor puede orientarnos son dos. Por un lado, están las condiciones materiales y socioeconómicas de vida, así como a las posibilidades de cubrir el costo de los alimentos y por otro, de manera concomitante, tenemos la desnutrición o la mala nutrición.

### ***Condiciones materiales y socioeconómicas de vida***

Esta primera vía implica una serie de factores que se traducen en barreras de acceso al consumo alimentario, tales como la desigualdad, la infraestructura y la concentración de mercado (Madrid 2012, 119-146). Estas tres barreras han estado presentes en la amplia literatura que se ha generado en torno a los derechos sociales. A pesar de existir un amplio acervo sobre ese tipo de derechos aún se mantiene el debate sobre sus posibilidades o no de concreción. Desigualdad, infraestructura y concentración de mercado son variables que no operan de manera aislada, sino que la correlación en su comportamiento tiende a complicar la ponderación sobre cuál de ellas habremos de darle prioridad. Lo cierto es que, ante la enorme incertidumbre, cada vez más voces se suman a la convicción de que, ante la inflación de derechos humanos, habremos de inclinarnos por una inflación particular en derechos prestacionales como vía idónea en el camino para combatir la pobreza y generar una igualdad sustantiva.

La pregunta por responder en este apartado es simple: ¿cuál es el vínculo entre el principio de igualdad sustancial y los derechos sociales? Cualquiera que sea la respuesta tiene que partir de la siguiente tesis: si con la *igualdad sustancial* se hace referencia a un conjunto de circunstancias sociales, históricas, políticas y económicas que sitúan a un grupo de individuos en un punto de partida desfavorable, sobre todo con respecto a los bienes materiales, para el logro de ciertos fines como la igualdad en los hechos o la igualdad real. Ahora, si los derechos sociales se han traducido en derechos prestacionales —además de deberes positivos de dar o hacer— para su realización por parte del Estado y de particulares a fin de eliminar o remover todos aquellos obstáculos que impida esa igualdad en los hechos, entonces es en los derechos sociales en donde dicho principio ha encontrado un campo fértil para su discusión, para el debate teórico (jurídico, filosófico, sociológico, etcétera), y a su vez para la conformación de políticas públicas, para el diseño de programas asistenciales y para la implementación de políticas económicas. Dicho de otra manera, mientras en los derechos fundamentales de corte liberal el contenido de la obligación consiste en un no hacer o en un abstenerse, esto es, en una abstención u omisión con tal de evitar una vulneración al ejercicio de la libertad o una amenaza a la inmunidad garantizada, en los derechos sociales la obligación es de carácter positivo, es decir, de dar o hacer.

El principio de igualdad sustancial, como principio aspiracional, se constituye en un canal de enlace a través del cual se incorporan al orden jurídico constitucional y secundario un conjunto de clasificaciones racionalmente justificables, así como una serie de desigualdades jurídicas enfocadas a perseguir o a consolidar la aspiración a una igualdad sustancial, real, material, en los hechos.

Por ejemplo, Prieto Sanchís (2004), a lo largo de su obra, describe los rasgos de los derechos sociales que le dan una fisonomía especial respecto de los derechos fundamentales de corte liberal. Estos son:

1. Los derechos sociales son del hombre concreto, es decir, del trabajador, del joven, del anciano.
2. Los derechos sociales no pueden definirse sin justificarse, sin tener en cuenta los fines particulares, sin tener en cuenta las necesidades y, por ello, tampoco son concebibles universalmente, en el sentido de que interesan por igual a todo miembro de la familia humana ya que se formulan para atender carencias y requerimientos instalados en la esfera desigual de las relaciones sociales; las ventajas o intereses que encierran los derechos sociales se conectan con ciertas necesidades cuya satisfacción, en el entramado de las relaciones jurídico privadas, es desigual.
3. Los derechos sociales se configuran como derechos de igualdad material o sustancial, esto es, como derechos que no se defienden ante cualquier discriminación normativa, sino que gozan de un régimen jurídico diferenciado o desigual en atención, precisamente, a una desigualdad de hecho que trata de ser limitada o superada.
4. Los derechos sociales requieren un entramado de normas de organización que, a su vez, generan una multiplicidad de obligaciones jurídicas de distintos sujetos, cuyo cumplimiento conjunto es necesario para la plena satisfacción del derecho.
5. Su punto de partida es la desigual distribución de la riqueza y de la propiedad, que impide que muchas personas puedan satisfacer por sí mismas sus necesidades básicas. Esta situación hace difícil que alcancen el nivel de humanidad mínimo (o mínimo vital) y, en consecuencia, que utilicen y disfruten plenamente los derechos individuales civiles y políticos.
6. Desde el punto de vista de la legitimidad política y ética de todo ordenamiento jurídico, representan una suerte de punta de lanza y entrañan retos mayores para los operadores constitucionales, en la medida en que inciden sobre el modelo socioeconómico.
7. Pese a la relevancia institucional y social de la constitucionalidad de estos derechos, se opone una llamativa pobreza en el desarrollo de los mecanismos de protección, lo que a su vez suele traducirse en una actitud confusa o resignada de la doctrina y de la jurisprudencia, a la hora de explicar o de ocultar dicha carencia.
8. La satisfacción de los derechos sociales depende de la disponibilidad de recursos por parte del Estado (Vázquez 2017, 21-26). Todos esos rasgos, en su conjunto, han permitido a muchos tratadistas concluir que los derechos sociales son, según sostienen, derechos *prestacionales*. El principal defensor de esa tesis es Robert Alexy, en cuya cosmovisión de los derechos sociales subyace un carácter subsidiario del mercado, de ahí el carácter prestacional que le adjudican. En este sentido, uno de los derechos prestacionales que tendríamos que invocar en torno a la obesidad por desnutrición o mala nutrición es el correspondiente derecho a la salud, desde el cual se exige repensar el Estado con un decisivo activismo, en aras de confrontar la desigualdad y sus patologías (Vázquez 2017, 17-79).

### ***La desnutrición o mala nutrición***

En cuanto a esta segunda vía, se sostiene que la epidemia de la obesidad representa el otro lado de la moneda de la mala nutrición (Madrid 2012, 131). No hace mucho que se descubrió la correlación entre obesidad y esta última. Para efectos de este artículo, propongo hacer una diferenciación entre desnutrición y mala nutrición (o mala alimentación). La primera de ellas consiste en “un estado de cosas que resulta de un consumo de comida inferior al necesario para la salud y crecimiento de la persona” (Garzón Valdés 2012, 14). Mientras que la obesidad por mala nutrición (o mala alimentación) se asocia a la ingesta de comidas hipercalóricas y bajas en fibra (Cárdenas-García et al. 2014, 123),

así como el consumo de la denominada “comida chatarra”, pero también está asociada al consumo de productos ricos en grasas polinsaturadas y a la ingesta creciente de bebidas con edulcorantes o azucaradas. En cuanto a las bebidas azucaradas, de acuerdo con el *Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría*, México es el segundo país de mayor consumo anual de refresco por persona (Tojo Sierra 2003, 584-593)

El caso específico del consumo de bebidas azucaradas reviste de especial importancia en el problema de la obesidad. Es por todos sabido que la ingesta de alimentos procesados, conocidos popularmente como “chatarra”, y de bebidas azucaradas (o edulcoradas) inciden de manera considerable en lo que en algunos países como España se ha llamado “obesidad epidémica”, que para el caso de México se considera como un asunto de emergencia nacional. Por esa misma razón en la Cámara de Diputados, particularmente en la LXIV Legislatura, se ha contemplado la posibilidad de aplicar un mayor gravamen de Impuestos Especiales a Productos y Servicios (IEPS) al consumo de esos productos. De prosperar dicha iniciativa y de acuerdo con los propios cálculos que el gobierno actual ha elaborado, podrían recaudarse hasta 80 mil millones de pesos. Este monto que se espera recaudar de todos los alimentos que comparten la cualidad de ser “chatarra”, sería destinado a combatir el grave problema de salud pública que resulta de la obesidad. Sin embargo, el camino hacia la materialización de esta iniciativa tiene varios retos a enfrentar. El más importante es el cabildeo de los representantes de las principales empresas afectadas; se espera una franca confrontación con este poderoso sector de la industria alimenticia<sup>1</sup>, el cual ha emprendido una agresiva “política de lobby” para boicotear la pretensión de obligarles a pagar un mayor impuesto, además de tener que implementar un nuevo esquema de etiquetado con el objetivo de advertir que el consumo de esas bebidas puede dañar gravemente la salud.

Por su parte, un grupo de directores del Instituto de Especialidad en Salud Pública y personal de la Secretaría de Salud de México han secundado la actualización del IEPS en los productos con un alto nivel calórico. Su respaldo a esta iniciativa es resultado del amplio conocimiento que tienen sobre los riesgos y los graves impactos derivados del consumo de productos de esa calidad. Este grupo gestionó tal iniciativa ante el Congreso mexicano y lo hicieron convencidos de la necesidad de enfrentar los efectos de estos productos en la obesidad, sobre todo en algunos grupos vulnerables como niños y jóvenes. No obstante, la respuesta de los poderosos propietarios de las empresas dedicadas a producir esos alimentos y bebidas ha resultado avasalladora. El Consejo Coordinador Empresarial ha implementado un denso cabildeo, considerado por la prensa como el más consistente de años recientes, mediante el cual se ha tratado de convencer a los parlamentarios de todos los partidos políticos de una supuesta inexactitud en la propuesta de médicos y especialistas.

La ecuación se expresa así: si los precios relativos de los bienes saludables como las frutas y verduras aumentan mientras que los productos ricos en grasas polinsaturadas disminuyen, las personas tenderán a sustituir unos por otros. Es más, según los estudios de Oliva *et al.* (2008, 508), si el costo de comer en casa es mayor frente al de comer fuera del hogar, entonces las personas tenderán a sustituir las comidas más equilibradas en casa por aquellas comidas menos saludables fuera del hogar.

---

1 Se trata de corporaciones alimenticias que reciben las mayores ganancias de la comercialización de refrescos, jugos concentrados, papas fritas y pan procesado, entre otros miles de productos más de esas características. En el caso de las bebidas, hay estudios que informan cómo en algunas comunidades rurales marginadas la compra y el propio consumo de alimentos industrializados en algunos grupos familiares se apega más a un producto (el refresco o gaseosa), el cual parece ya estar íntimamente ligado a los usos y costumbres de la localidad, principalmente en aquellos eventos de corte religioso (García Plata y Roitman Genoud 2015, 1-14). Para un estudio más general sobre las prevalencias de sobrepeso, obesidad y diabetes derivadas del consumo de bebidas, se puede consultar Rivera *et al.* 2008, 208-237.

En el caso de la desnutrición por condición de vulnerabilidad o de exclusión social, la bioética nos enseña que por tratarse de una situación que puede ser evitable, es posible hablar de responsabilidad normativa moral y jurídica. Justamente por su carácter de humanamente evitable, tiene relevancia moral de modo tal que la desnutrición, conceptualizada como calamidad, así como todas aquellas acciones que la provocan pueden y deben ser el contenido normativo de sistemas morales y jurídicos. Estaremos siempre en presencia de una calamidad cuando las desgracias, desastres o miserias son el resultado de acciones humanas intencionales; no encuadrarían en esta definición los casos que se colocan bajo lo que ordinariamente se expresa como “mala suerte” individual o colectiva o que son el resultado de actos voluntarios no intencionales. Se diferencia de la catástrofe en que esta se refiere a la desgracia, el desastre o la miseria provocadas por causas naturales que escapan al control humano. Las calamidades son humanamente evitables, las catástrofes no:

La desnutrición es la manifestación de una calamidad y no de una catástrofe [...]. Si ello es así, la desgracia de la desnutrición es imputable a la acción humana: impone el deber moral de evitarla y permite atribuir responsabilidad a quien o a quienes la provoquen. Ya esto bastaría para utilizar el aspecto descriptivo del concepto de desnutrición como punto de partida para consideraciones éticas. Pero hay algo más: el concepto de desnutrición no es moralmente neutro sino que constituye un caso modélico de superposición de características descriptivas con elementos valorativos (Garzón Valdés 2012, 16-24).

Pero esto no queda ahí, sino que al sentir del mismo Garzón Valdés (2012, 29):

La calamidad de la desnutrición se da justamente en aquellas circunstancias en las cuales la población no está con condiciones de acceder al mercado. En este sentido, el problema de la desnutrición no es primordialmente un problema de la falta de alimentos sino de la posibilidad de adquisición de los mismos. Cuando existe una notoria disparidad de posibilidades de adquisición alimentaria y ella es una situación con rasgos de permanencia, la desigualdad se convierte en una expresión inequívoca de injusticia social. Es un problema de injusticia en el que se da la interesante situación de que el Estado tiene que intervenir para facilitar la adquisición de un bien privado que, por definición, debería realizarse por la vía mercantil sin intervención estatal.

Dicho lo anterior, resta compartir las últimas reflexiones relativas a la forma como la obesidad se asocia a la discriminación. Sabemos que la obesidad obedece a causas de diversa naturaleza: dieta inadecuada, ausencia o insuficiencia de actividad física, ingesta calórica y composición, mala nutrición, desnutrición, etcétera. Cuando la mala nutrición tiene que ver con las limitaciones para acceder a alimentos saludables y en virtud de esa misma condición de exclusión económica se incurren en prácticas alimentarias que apuntan a la adquisición de una variedad de alimentos de una calidad inadecuada, con alto aporte calórico para lograr una sensación de saciedad y que, por tanto, propician la obesidad, estamos en presencia de una doble discriminación. La primera de ellas, deriva de la propia condición de pobreza la cual, históricamente, se ha traducido en un trato de minusvaloración. La otra se deriva de la propia condición de obesidad. Ahora pensemos en aquellas personas que son mujeres, padecen obesidad y se encuentran en condición de pobreza. Estamos en presencia de una triple dimensión de la discriminación: una por ser mujer, otra por su condición de pobreza y otra derivada de la propia obesidad.

Si le agregamos al anterior escenario el ser mujer indígena, nos colocamos en cuatro dimensiones de la discriminación: la derivada de la obesidad misma, la asociada a la pobreza, la que se genera por ser mujer y, por último, por nacer indígena. A esta variedad

de múltiples dimensiones de la discriminación hacia la mujer ha generado lo que hoy se conoce como discriminación múltiple y que ha propiciado un tipo específico de mujer discriminada: la mujer multidiscriminada.<sup>2</sup>

La mercantilización de estereotipos del cuerpo femenino, en las sociedades de consumo, ha sido un terreno fértil para la configuración de cánones estéticos que tienden a idealizar una fisonomía propia inclinada hacia la esbeltez y que, incluso, rebasan el límite de lo médico y nutriólogicamente aceptable. Los resultados son conocidos por todos: mujeres anoréxicas con agudos cuadros de anemia. Es el precio que pagan por colocarse y permanecer en la lógica de corporeidad mercantilizada. De hecho, el elemento estético en la mujer siempre ha jugado un papel relevante en su valoración y procesos de socialización. A partir de ahí, como lo sostiene Arteagal (2012, 149), la discriminación es común y es el resultado de un ecosistema sociocultural invadido por ideas, valores, creencias y actitudes que empujan a un estilo de vida consecuente (culto a la delgadez). Por ello, durante mucho tiempo, dicho factor estético constituyó la principal causa o motivo de consulta de la mujer con sobrepeso al equipo de salud, todo ello enfocado hacia la aceptación familiar y social e incluso, actualmente, en México, la obesidad es motivo de discriminación laboral, lo que priva, a quien la padece, de la posibilidad de progreso personal.

Hay otro tipo de discriminación que se presenta independientemente de las causas que originan la obesidad, que es aquella que se deriva de la condición misma del sujeto obeso. Esta discriminación suele presentarse con frecuencia en el ámbito laboral, pues a quien la padece se le atribuye un coste social relevante que consiste en la reducción de la productividad. Son pues, para decirlo con Oliva et al. (2008, 508) “casos específicos de discriminación laboral por motivo de ser obeso.” En el mismo sentido se pronuncia Porret Gelabert (2010, 513-568) cuando describe el proceso de discriminación laboral en el ámbito de la gestión de la diversidad de los recursos humanos.

Por último, en lo que toca a la garantía del derecho a la no discriminación, el desarrollo progresivo de este derecho humano ha contado con significativos avances en los órganos jurisdiccionales tanto locales como federales de México. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (2014, 243) ha resuelto lo siguiente, mediante tesis aisladas que resultan útiles a la hora de medir la incidencia de determinados derechos fundamentales y, en particular, la prohibición de no discriminar el tráfico jurídico-privado, cuando se ve enfrentado con el principio de autonomía de la voluntad: a) en primer lugar, sostiene la Corte, la presencia de una relación asimétrica, en la que una de las partes ostenta una posición de clara superioridad frente a la otra. Esto implica que cuanto mayor sea la desigualdad de facto entre los sujetos de la relación, mayor será el margen de autonomía privada cuyo sacrificio es admisible, es decir, se trata de la clásica fórmula que describe una correlación de mayor-mayor. Dicho de otro modo, cuanto menor sea la libertad de la parte débil de la relación, mayor es la necesidad de protección; b) para este alto tribunal, el segundo factor a tomar en cuenta es la repercusión social de la discriminación, es decir, la existencia de un patrón de conducta generalizado o bastante extendido, desde un punto de vista sociológico. Cuando concurre esta circunstancia, la decisión discriminatoria deja de ser un asunto estrictamente privado y pasa a ser un asunto de relevancia pública; y, por último, c) el tercer factor, que implica valorar la posible afectación al núcleo esencial de la dignidad de la persona discriminada.

---

2 Para una descripción más profunda sobre el reconocimiento de la discriminación múltiple en la jurisprudencia comparada véase Serra 2013, 15-44.

Es evidente que, en el caso de la discriminación por condición de salud, específicamente de obesidad, están latentes estos tres elementos que permiten determinar en qué medida se vulnera el derecho humano a la no discriminación, máxime cuando la obesidad es resultado de una mala nutrición por carecer de los recursos que permitan el acceso a insumos sanos o cuando se está en presencia de la calamidad de la desnutrición. No obstante, se actualiza el tipo normativo en aquellas situaciones que se han denominado obesidad “por exceso”, es decir, aun en la circunstancia de que tal condición de salud sea por una práctica alimenticia consistente con un consumo constante y cotidiano —pero considerablemente alto— de productos de alta calidad, pero cuya ingesta es superior a las recomendadas. Este es el caso del obeso pudiente, quien, a pesar de no estar en condición de desventaja o desigualdad frente a un posible empleador, la circunstancia de obesidad opera por sí sola para merecer la protección de la ley. Dicha circunstancia despliega un conjunto de elementos que recaen en su persona y que lo colocan en una situación de vulnerabilidad. En el caso de la persona “obesa pudiente” tal vez estaría sujeto a debate el primero de los incisos (relación asimétrica de las partes), pero no cabe ninguna duda de que en cuanto al segundo (repercusión social de la discriminación) y el tercero de los elementos (afectación a la dignidad), se actualizan en el momento de la medición por la simple razón, como hemos insistido, de que la condición de obesidad opera *per se* frente al derecho humano a la no discriminación.

En materia de obesidad lo que hasta ahora predomina en México son políticas públicas discontinuas de poco alcance y resultados más reactivos que preventivos. Lo que aquí se propone es el diseño de políticas públicas integrales, que abarquen todas las instancias y sectores posibles, pues ya se ha insistido en que el problema de la obesidad es ampliamente multifactorial y eminentemente transversal: no solo están en juego las advertencias —desde la medicina y la nutrición— sobre sus consecuencias en la salud, sino que también entran en juego un conjunto de derechos humanos, así como condiciones culturales y socioeconómicas. Estas dos últimas son las variables que exigen, con contundencia, el diseño de políticas públicas marcadamente integrales y transversales, pues se explicó que la obesidad no es una problemática exclusivamente ligada a la pobreza, sino que están presentes hábitos y otros factores. Es esta circunstancia la que permite el acercamiento entre la bioética y la administración pública, y que se traduce en un diálogo con el derecho a fin de que no se viole sistemáticamente el derecho humano a la no discriminación, en detrimento de este sector específico de la población. En otras palabras, se requiere apostarle más a políticas públicas preventivas y no tanto reactivas, e invertir la lógica del ejercicio presupuestal del Estado, lo que implica una distribución de los recursos para determinar (o calcular) qué derecho humano y su atención permitiría satisfacer, en cadena, con respecto a otros derechos humanos.

## Conclusiones

Independientemente de cuál sea el criterio catalizador para ponderar el tipo de comorbilidades asociadas a la obesidad, esta problemática requiere de una atención prioritaria por parte de todos los involucrados. Este fenómeno reviste de múltiples aristas que lo convierten en una situación de alerta dada su naturaleza multifactorial. La pregunta sería, en todo caso, en qué medida sería suficiente el despliegue de un conjunto de políticas públicas enfocadas a combatir y prevenir sus efectos en un país con altos índices de marginación, pobreza, desigualdad, analfabetismo, etcétera. Esto implica una tarea titánica frente a los arraigados sesgos, prejuicios y falta de oportunidades y frente a todo un abanico de males sociales que inciden directamente en el derecho a la igualdad de oportunidades. En el caso de México, es evidente que la inversión que hace el Estado en la atención de sus consecuencias, como la diabetes, significa un recurso jamás suficiente,

por la simple razón de que algunas de ellas son irreversibles y otras, igualmente complejas. Por su parte, sin embargo, la labor jurisdiccional de la SCJN en materia de derechos sociales, específicamente del derecho a la salud, ha sido lenta pero finalmente ha dado luz al final del túnel, en lo relativo a las obligaciones por parte del Estado. Me refiero a la resolución del máximo tribunal mexicano, en el caso del Pabellón 13 SCJN (2014).

Mientras avanzamos hacia la concreción del derecho a la salud, nos corresponde impulsar, desde la academia, la discusión interdisciplinaria en torno a la responsabilidad normativa moral y jurídica que se deriva del problema de la obesidad. La consideración que ha hecho la OMS como una epidemia global no es gratuita. De ahí que la bioética, como espacio interdisciplinario por excelencia, nos permite dialogar (crítica, racional y argumentativamente) sobre el deber moral o no de evitar la obesidad, así como definir los niveles de responsabilidad de aquellos que son un eslabón en la cadena de acciones u omisiones que la provocan.

## Referencias

- Arteagal, Antonio. 2012. "El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud." *Revista Médica de Clínica Las Condes* 23, no. 2: 145-153. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70291-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70291-2)
- Carbonell, José, y Miguel Carbonell. 2013. *El derecho a la salud: una propuesta para México*. México: IJUNAM.
- Cárdenas-García, Lindorfo de Jesús, Rosa Aurora Alquicira-Sahagún, María del Carmen Martínez-Maraver, Argentina Robledo Domínguez. 2014. "Obesidad y su asociación con factores emocionales: estudio comparativo entre alumnos universitarios de nuevo ingreso." *Aten Fam* 21, no. 4: 121-125. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30033-5](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30033-5)
- De Lora, Pablo, y Gascón Abellán, Marina. 2008. *Bioética. Principios, desafíos y debates*. Madrid: Alianza Editorial.
- García Plata, Yair, y Roitman Genoud, Patricia. 2015. "Obesidad y prácticas alimentarias en el contexto vulnerable. El caso de tres familias de Ajuchitlán." *Digital CienciaUAQro*. [https://www.uaq.mx/investigacion/revista\\_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v8-n2/11-CN.pdf](https://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v8-n2/11-CN.pdf)
- Garzón Valdés, Ernesto. 2012. "Algunas reflexiones sobre el problema de la desnutrición desde el punto de vista de la bioética." *En La calamidad del hambre. ¿Qué pasa con el derecho más básico?*, editado por Macario Alemany García, 13-36. Lima: Temis/Palestra.
- Garzón, Valdés, E. 1998. "¿Qué puede ofrecer la ética a la medicina?" *Isonomía*, no. 8, 7-28.
- Gómez Dantés, Octavio, Sergio Sesma, Victor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, y Julio Frenk. 2011. "Sistema de Salud de México." *Salud Pública de México* 53, no. 2, 222-232. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000100016>
- Gutiérrez Rivas, Rodrigo, y Pedro Salazar Ugarte. 2011. *Igualdad, no discriminación y derechos sociales. Una vinculación virtuosa*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

- Hancock, Christine, Lise Kingo, y Oliver Raynaud. 2011. "The Private Sector, International Development and NCDs." *Globalization and Health* 7, no. 23, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-23>
- Herranz Barbero Ana, Ma. R. López de Mesa, y Cristina Azcona San Julián. 2015. Influencia del exceso de peso en la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes. *Anales de Pediatría* 82, no. 3: 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.019>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). 2019. *Características de las defunciones registradas en México durante 2018*. Ciudad de México: INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/Est-Sociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Madrid, Ricardo Raphael de la. 2012. *Reporte sobre la discriminación en México 2012. Salud y alimentación*, 119-146. Ciudad de México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Porret Gelabert, Miquel. 2010. "La discriminación laboral y la gestión de la diversidad de los recursos humanos." *Revista Técnico Laboral* 23, no.126: 513-568
- Oliva, Juan, Laura González, José M. Labeaga, Carlos Álvarez Dardet. 2008. "Salud pública, economía y obesidad: el bueno, el feo y el malo." *Gaceta Sanitaria* 22, no. 6: 507-510. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)75346-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)75346-9)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1997. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO. [https://preventing+and+managing+the+global+epidemic.+Report+of+a+WHO+Consultation+on+Obesity&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://preventing+and+managing+the+global+epidemic.+Report+of+a+WHO+Consultation+on+Obesity&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva: WHO. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458\\_eng.pdf;jsessionid=D50D2E3EA409A5A-F3E5AC17652E4D872?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=D50D2E3EA409A5A-F3E5AC17652E4D872?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2018. *Enfermedades no transmisibles*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2020. *Diabetes*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Pardio López, Janette. 2018. La nutriología clínica: un quehacer bioético. En *Temas selectos de Conbioética. Actualidades y perspectivas*, editado por Manuel H. Ruiz de Chávez, 73-78. Ciudad de México: Editorial Fontamara.
- Prieto Sanchís, Luis. 2004. "Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial." En *Derechos sociales y derechos de las minorías*, editado por Miguel Carbonell, Juan A. Cruz Parceró y Rodolfo Vázquez, 17-67. Ciudad de México: Porrúa.
- Rivera, Juan A., Onofre Muñoz-Hernández, Martín Rosas-Peralta, Carlos A Aguilar-Salinas, Barry M. Popkin, y Walter C. Willett. 2008. "Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana." *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 65, no. 6: 208-237. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342008000200011>



- Serra Cristóbal, Rosario. 2013. "La mujer como especial objeto de múltiples discriminaciones. La mujer multidiscriminada." En *La discriminación múltiple en los ordenamientos jurídicos español y europeo*, editado por Rosario Serra Cristóbal, 15-44. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. 2014. "Principio de autonomía de la voluntad. Factores para medir la incidencia de los derechos fundamentales en las relaciones entre particulares." Consultado en enero 18, 2020. <https://sjf.scjn.gob.mx/SJFSem/Paginas/Reportes/ReporteDE.aspx?idius=2008113&Tipo=1>
- Tenorio Ramos, Selene. 2018. "Mejorar la condición física intraescolar en los adolescentes para prevenir la obesidad y diabetes Mellitus tipo 2: un quehacer bioético." En *Temas selectos de Conbioética. Actualidades y perspectivas*, editado por Manuel H. Ruiz de Chávez, 87-93. Ciudad de México: Editorial Fontamara.
- Tojo Sierra, Rafael. 2003. "Consumo de zumo de frutas y bebidas refrescantes por niños y adolescentes en España. Implicaciones para la salud de su mal uso y abuso." *Anales de Pediatría* 58, no. 6: 584-593. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(03\)78126-0](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(03)78126-0)
- Toulmin, Stephen. 1986. "How medicine saved the life of ethic." En *New directions in ethics. The challenge of applied ethics*, Joseph P. DeMarco y Richard M. Fox, 265-281. Nueva York: Routledge & Kegan Paul. <https://doi.org/10.4324/9781003031475-16>
- Unikel Santocini, Claudia, Verónica Vázquez Velázquez, y Martha Kaufer Horwitz. 2018. "Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad en los adolescentes." En *Temas selectos de Conbioética. Actualidades y perspectivas*, editado por Manuel H. Ruiz de Chávez, 79-85. Ciudad de México: Editorial Fontamara.
- Vázquez, Rodolfo. 2017. "Derecho a la salud: desigualdad, normatividad y judicialización." En *Ciencia y conciencia. Diálogos y debates sobre derechos humanos: controversias en bioética*, compilado por Francisco Blancarte Jaber, Julieta Gómez Ávalos, María de Jesús Medina Arellano y Patricio Santillán Doherty, 17-25. Ciudad de México: Editorial Fontamara.
- Villaseñor Ruiz, Ignacio. 2018. "Diabetes y obesidad." En *Bioética y derechos humanos. XXV años de reflexiones*, editado por Manuel H. Ruiz de Chávez, 249-251. Ciudad de México: Editorial Fontamara.