

# Mind the Gap

buscando soluciones creativas  
contra la obesidad

Luz María Sánchez Romero • Laura Lara Castor • Sandra Elizabeth León Estrada • Simón Barquera Cervera



Instituto Nacional  
de Salud Pública

**Mind the Gap:**  
buscando soluciones creativas contra la obesidad

Primera edición, 2015

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán  
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-144-5

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

**Agradecimientos:** Agradecemos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) y al British Council México, por su apoyo y financiamiento para la realización de este proyecto. Asimismo, queremos agradecer a los doctores Rodney Reynolds y Carlos Grijalva, del Instituto de Salud Global, University College London (UCL), por su invaluable participación en la organización y el desarrollo de este taller.

**Citación sugerida:** Sánchez-Romero LM, Lara-Castor L, León-Estrada SE, Barquera-Cervera S, eds. Mind the Gap: buscando soluciones creativas contra la obesidad. Cuernavaca: INSP, 2015.

# Contenido

<b>Presentación</b>	5
<b>Editorial</b>	6
<b>Resúmenes de las ponencias</b>	7
» Obesidad en adultos y niños en Inglaterra. Tendencias y métodos para su medición	7
» Obesidad en México a través de los años	8
» Previniendo la obesidad a través de políticas y programas nacionales	8
» “ESMaestras. Investigación para mejorar la salud de la mujer”. Estudio de Salud de las Maestras: resultados preliminares de análisis de obesidad. El papel de estudios observacionales prospectivos	10
» La actividad física: componente soslayado en las políticas públicas contra la obesidad	10
» El impacto de la vulnerabilidad en la obesidad y enfermedades crónicas. El caso de la diabetes mellitus tipo 2	11
» Plan estratégico en salud “Michme”: una propuesta comunitaria a la obesidad, diabetes e hipertensión	12
» ¿Una geografía social de cuerpos obesos? Algunos pensamientos en urbanización, infraestructura y biomedicación	13
» ¿Obesidad infantil: un problema de salud en México y en el Reino Unido?	13
» Compromiso público en la investigación aplicada y colaborativa en la salud global	15
<b>Talleres de discusión</b>	16
» Grupo A. Estandarización de encuestas	16
» Grupo B. Impacto de la vulnerabilidad en las enfermedades crónicas	18
» Grupo C. Factores ambientales que influyen en el ambiente obesogénico: sociales, culturales y físicos	19
<b>Lista de asistentes al taller</b>	21



# Presentación

**E**l taller “Mind the Gap: buscando soluciones creativas contra la obesidad” del 27 y 28 de noviembre del 2014 tuvo el objetivo de generar un debate acerca de la forma de pensar sobre la obesidad con el fin de desarrollar nuevas formas de prevenirla. Fue un encuentro que nos permitió explorar prácticas de investigación interdisciplinarias e innovadoras en México y en el Reino Unido. Para ello, tuvimos el placer de contar con la participación de investigadores, tanto mexicanos como extranjeros, de disciplinas como economía, antropología, ciencias sociales, sistemas y nutrición, quienes con sus conocimientos y experiencias incrementaron nuestra visión, entendimiento y conocimiento acerca de la prevención y el tratamiento de la obesidad.

Esperamos que este nuevo entendimiento sea de gran utilidad tanto para los investigadores como para toda la comunidad de trabajadores de la salud y que permita mejorar el diseño de políticas públicas enfocadas en la obesidad y en las enfermedades crónicas asociadas a ella.

Este encuentro también nos permitió generar y reforzar lazos de colaboración entre investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública y otras instituciones de salud de México, e investigadores provenientes del University College London, en el Reino Unido. Estas alianzas permitirán que los acuerdos y proyectos de colaboración que iniciaron en este mismo taller se consoliden para, con ello, ampliar el alcance de nuestras investigaciones.

**Simón Barquera**

*Instituto Nacional de Salud Pública,  
Centro de Investigación en Nutrición y Salud*

# Editorial

**E**l taller “Mind the Gap: buscando soluciones creativas contra la obesidad” es una plataforma que utilizamos para examinar y debatir, mediante investigaciones nacionales, temas relacionados con la obesidad en México y en el Reino Unido.

El doctor Carlos Grijalva, uno de los investigadores que apoyaron la realización de este encuentro, y yo conceptualizamos la obesidad como un problema práctico de cuerpos sociales que encuentra una influencia en la expresión de riesgos que, a su vez, requieren interpretación y explicaciones. Esto nos llevó a cuestionarnos acerca de los factores sociales y culturales que podrían ser relevantes para entender la obesidad en niños a nivel internacional, particularmente en capitales globales. Fue entonces que decidimos empezar a investigar este tema en México y en Londres, ciudades donde ambos habíamos vivido y trabajado. Con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública, en México, estrechamos lazos con América Latina y creamos una relación entre ésta y las regiones con las que el Instituto de Salud Global de UCL realiza colaboraciones de investigación: Asia, Asia del Sudeste y África.

Durante la planeación, decidimos adoptar la frase *mind the gap* (cuidado con la brecha) como título del taller. Se trata de una frase conocida por los habitantes de Londres, que dirige la atención de la población hacia un punto en el que existe un riesgo potencialmente elevado, pero en el que el peligro real es mínimo (como sucede con la delimitación peatonal en los andenes del metro). Con esta frase nos referimos a los debates sobre obesidad que se llevan a cabo en la academia. Potencialmente, estos debates engrandecen lo que se imagina y proyecta acerca de cómo cambian los cuerpos, especialmente en el caso de los niños, y acerca de lo que viven y experimentan las personas y las poblaciones. Con esto pretendemos considerar, de manera crítica, la forma y el sentido en que la obesidad impacta a las comunidades y a sus habitantes.

“Mind the Gap” pretende crear colaboraciones entre Inglaterra y México con la finalidad de encontrar ideas y preguntas que formular mediante propuestas de investigación que involucren a ambas naciones, así como a investigadores de diversos países. Queremos agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) y al British Council en México, quienes vieron en este proyecto una idea de relevancia y decidieron apoyarlo.

## **Rodney Reynolds**

Instituto de Salud Global  
University College London

# Resúmenes de las ponencias

## **Obesidad en adultos y niños en Inglaterra. Tendencias y métodos para su medición**

*Ponente: Alison Moody*

Cada año, desde 1993, se realiza en el Reino Unido la Health Survey for England (HSE) (Encuesta de Salud para Inglaterra), cuyo objetivo es informar acerca de la salud de la nación y mejorar las políticas de salud. La encuesta es organizada por el Health and Social Care Information Center y se lleva a cabo mediante un trabajo colaborativo entre la University College London (UCL) y el NatCen Social Research. Su propósito es monitorear la salud de la población e informar de ésta a las agencias de salud. Tiene un diseño transversal representativo y se realiza cada año durante el mes de diciembre con reportes de los resultados anuales. La encuesta recaba información acerca de 8 000 adultos ( $\geq 16$  años) y 2 000 niños (0 a 15 años), con representatividad nacional. Los datos se recaban en dos partes: la primera consiste en una entrevista durante la cual se recolecta información socioeconómica y datos sociodemográficos sobre estilo de vida, estado de salud, historia de enfermedades diagnosticadas y medidas de antropometría. La segunda consiste en la visita de una enfermera, quien mide cintura, cadera y presión arterial, y toma muestras de sangre y orina.

También existe una encuesta exclusiva para obtener información sobre la población infantil, conocida como National Child Measurement Programme (NCMP), la cual se lleva a cabo desde 2007 por el Public Health England, Health and Social Care Information Center y autoridades locales de Inglaterra. Esta encuesta recaba datos de niños de 6 a 11 años y toma en cuenta indicadores como edad, sexo, etnicidad y región. Las mediciones antropométricas siguen los protocolos de la HSE y el NCMP. Para medir la altura se utiliza un estadiómetro y, para el peso, básculas electrónicas. El NCMP envía cartas a los padres para informarlos de los resultados de sus hijos.

La clasificación de sobrepeso y obesidad en adultos se hace de acuerdo con las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud; la circunferencia de cintura se evalúa para observar riesgo de diabetes. En niños, la clasificación se hace de acuerdo con puntos de referencia de Inglaterra de 1990.

La obesidad y el sobrepeso en Inglaterra fueron en aumento de 1993 a 2006; sin embargo, de 2006 a la fecha se ha observado una prevalencia estable. La prevalencia de obesidad es de aproximadamente 25% para ambos sexos, mientras que la de sobrepeso es de aproximadamente 65 y 58% en hombres y mujeres, respectivamente. Por otra parte, la obesidad mórbida ha tenido un aumento notable que, a diferencia del sobrepeso y la obesidad, no ha logrado estabilizarse desde 2006; su prevalencia es de aproximadamente 3.4% en mujeres y 1.7% en hombres. Si se compara la curva de distribución normal del índice de masa corporal (IMC) de 1994 con la de 2012, se puede apreciar que ésta está desplazándose hacia la derecha. La circunferencia de cintura y cadera ha tenido también un aumento notable en la población de Inglaterra.

Una de las consecuencias de la obesidad es la diabetes, cuya prevalencia en 2011 fue de aproximadamente 9%. De este porcentaje, alrededor de 2% eran casos sin diagnóstico previo. Un comportamiento similar se observó en años previos. Tanto hombres como mujeres tienden a sobrereportar su estatura, algo que se acentúa a medida que aumenta la edad. Sin embargo, con el peso ocurre lo contrario: la gente subreporta su peso. En cuanto a la percepción corporal, es importante destacar que más de la mitad de hombres y mujeres que se consideran muy delgados están dentro del peso normal. En hombres, aproximadamente la mitad de los que consideran tener peso normal tienen sobrepeso, mientras que en mujeres este porcentaje es de aproximadamente 20%. Por otro lado, existen inequidades en los patrones de obesidad de acuerdo con el nivel socioeconómico. Las mujeres con mayores ingresos tienen menores tasas de obesidad que las mujeres con menores ingresos; sin embargo, la imagen en los hombres es menos clara.

Respecto al panorama en los niños, la prevalencia de obesidad y sobrepeso aumenta conforme incrementa la edad. Mientras que niños de 2 a 4 años tienen una prevalencia de obesidad de aproximadamente 10% y una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de aproxima-

damente 20%, niños de 13 a 15 años tienen prevalencias de alrededor de 20 y 35%, respectivamente. Por su parte, se ha observado que, a partir de 2003, las prevalencias de obesidad y sobrepeso han ido disminuyendo tanto en niños como en niñas. En cuanto a la prevalencia de obesidad según el nivel socioeconómico, se observa lo mismo que en adultos: a mayor nivel socioeconómico, menor prevalencia de obesidad. La percepción de peso por parte de los niños es similar a la percepción que tienen las madres sobre ellos. Aproximadamente, 80% de los niños que se consideran en peso normal efectivamente lo están, lo cual concuerda con la percepción de las madres. Por su parte, 40% de los niños con sobrepeso considera que está en peso normal, mientras que ese porcentaje disminuye a 20% en la percepción de las madres. Una teoría al respecto es que hemos comenzado a ver la obesidad como algo normal, por lo que no nos es fácil reconocerla. Al observar la diferencia en la prevalencia de obesidad por grupo étnico, se observa que los niños de raza negra tienen mayores prevalencias, mientras que los de razas blanca y oriental tienen menores prevalencias.

### **Obesidad en México a través de los años**

*Ponente: Simón Barquera Cervera*

Las enfermedades crónicas han aumentado a partir de los años noventa, aun en niños menores de cinco años. Anteriormente, se pensaba que sólo existían en poblaciones con altos ingresos; sin embargo, estudios recientes han mostrado que también son frecuentes en áreas del sur, en poblaciones de menores ingresos económicos. Por lo anterior, estas enfermedades deben considerarse un grave problema de salud pública.

Recientemente, la revista *Lancet* publicó un reporte sobre obesidad en el mundo, en el cual se observa que México no es el principal país con obesidad, sino que ocupa el octavo lugar aproximadamente, con una situación muy similar a la de Chile, Estados Unidos y todo Latinoamérica. El reporte muestra aumentos muy significativos en las prevalencias de obesidad en algunos países y otros que se han estabilizado, como sucede en México. En contraste, Colombia está pasando por un crecimiento en obesidad y sobrepeso muy similar al que enfrentó México hace diez años.

Observamos también que el incremento en la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México en adultos de 18 a 49 años ha ido disminuyendo. Durante el periodo de 1988 a 1999, incrementó 7% cada año; entre 1999 y 2006, hubo un aumento de 1.95% por año y, de 2006 a 2012, incrementó 0.33% por año. Es natural que la incidencia disminuya por el efecto de saturación; sin embargo, hay que tener en cuenta los aspectos que aún falta considerar para combatir esta problemática.

Otro aspecto importante para interpretar resultados es el cambio en los puntos de corte utilizados para hacer la clasificación de sobrepeso y obesidad. Éstos van cambiando debido a que el fenotipo también varía. Por otro lado,

factores ambientales como la actividad física y la disponibilidad de alimentos también se han modificado a lo largo de los años. Al respecto, se ha notado una reducción en las horas de actividad realizadas y un incremento en la disponibilidad de alimentos no saludables.

Un logro importante ha sido el impuesto al refresco, cuyo consumo ha incrementado tanto en niños como en adultos. Se piensa que si este ingreso es bien canalizado, puede ser de gran oportunidad para intervenciones exitosas.

En un estudio en el que se estimaron los costos de distintas políticas dirigidas a disminuir la obesidad en México, se encontró que serían costoefectivas las que se mencionan a continuación. La clave no está en elegir una sola, sino en hacer una combinación de varias.

- Intervenciones en escuelas
- Intervenciones en trabajo
- Campañas en medios de comunicación
- Medidas fiscales
- Consejería médica
- Regulación de la publicidad
- Etiquetado nutricional
- Reducción de sal: campañas en medios y regulación a industrias (hipertensión)

Las enfermedades crónicas como la diabetes y la obesidad han incrementado desde las décadas de los ochenta y noventa. Esto se ha asociado con cambios en la dieta y sistemas de alimentación en otras ciudades. En México, se han realizado intervenciones importantes como el impuesto al refresco; sin embargo, aún hay mucho que hacer en el área de etiquetado y publicidad de alimentos.

### **Previniendo la obesidad a través de políticas y programas nacionales**

*Ponente: Juan Rivera Dommarco*

La obesidad es un problema que ha ido aumentando y para el cual todavía no tenemos soluciones claras. México es uno de los países con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en adultos. Estos problemas han aumentado en todos los grupos de edad: de 1999 a 2012, pasaron de 25 a 32% en niños; de 28.3 a 35.8% en adolescentes, y de 34.5 a 70.6% en mujeres adultas. En México, uno de cada tres niños y siete de cada 10 adultos tienen problemas de sobrepeso y obesidad.

El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema complejo, en cuyo desarrollo intervienen muchos factores: causas inmediatas, causas subyacentes y causas básicas. Sin embargo, también influyen el sistema alimentario, el tiempo de transporte, las prácticas agrícolas, la accesibilidad y precios de los alimentos y los entornos que dificultan la adopción de actividad física y alimentación saludable. Por lo tanto, se trata de un problema que requiere soluciones multisectoriales en las que participen sociólogos, antropólogos, nutriólogos, especialistas en actividad física y mé-



dicos. La prevención sale del campo de la medicina y por eso ha de involucrar otros sectores; mientras las políticas públicas se restrinjan únicamente al sector salud, no lograremos influir de manera importante en la prevención de la obesidad.

Cuando estudiamos las causas subyacentes del balance energético, nos topamos con que es necesario modificar comportamientos: consumo de alimentos y, particularmente, de algunos alimentos que aportan cierto tipo de calorías, actividad física y, lo que en algunos casos resulta más importante, conducta del individuo. Desafortunadamente, en algunas ocasiones no hay cambios por falta de conocimiento; en otras, las personas tienen conocimiento pero les falta motivación, y a veces existe conocimiento y motivación pero el entorno no es el adecuado para adoptar conductas saludables.

Por lo anterior, tenemos que estudiar los factores del entorno: disponibilidad de alimentos y opciones de actividad física, accesibilidad, precios de alimentos y bebidas, y entorno informativo para poder influir en él. Es necesario crear políticas multisectoriales, regulaciones y legislaciones que mejoren el entorno para que las conductas saludables se conviertan en opciones viables y fáciles de adoptar, y para que el individuo con conocimiento y motivación no encuentre obstáculos al asumirlas. Esto nos lleva a reconocer la responsabilidad colectiva en la prevención de la obesidad y, por la tanto, la necesidad de la intervención del Estado.

Las empresas están influyendo en el desarrollo de la obesidad y las complicaciones de ésta han aumentado la mortalidad en la población: en México, 24 000 personas al año mueren por consumo excesivo de bebidas azucaradas. Ésta es una de las razones por las cuales el gobierno tiene que intervenir en todos los niveles, por supuesto, sin afectar las libertades individuales.

A continuación se describen algunas de las políticas que se han adoptado en México.

**1. Recomendación sobre cantidades en el consumo de bebidas.** México es uno de los países con mayor consumo de bebidas azucaradas en el mundo: se consumen alrededor de 160 litros de bebidas comerciales por individuo al año. Por esto se desarrollaron guías que recomiendan primordialmente consumir agua potable, leche semidescremada, café sin azúcar, bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales; limitar el consumo de jugos de fruta, bebidas deportivas y leche entera, y evitar el de bebidas sin aporte nutrimental más que el contenido de azúcar como refrescos, jugos comerciales, aguas frescas y café con azúcar. Por primera vez se mencionó la posibilidad de aplicar impuestos a las bebidas azucaradas para disminuir su consumo y se hizo énfasis en la importancia de hacer investigaciones económicas sobre elasticidad y precio de la demanda de las bebidas

azucaradas para tener información sobre posibles efectos en el consumo.

- 2. Acuerdo nacional para la Salud Alimentaria 2006-2012.** Intento de política multisectorial con 10 objetivos que abarcaban, desde la promoción de actividad física y el aumento de la disponibilidad de agua, hasta la disminución del consumo de azúcar, grasas saturadas y sodio, y la promoción de la lactancia materna, que tuvo un buen comienzo pero a la que, desafortunadamente, hicieron falta recursos y coordinación nacional. A pesar de esto, se obtuvieron buenos resultados como la regulación del refrigerio escolar.
- 3. Intervenciones recomendadas por la Academia Nacional de Medicina/UNAM/INSP.** Se publicaron de forma conjunta unas recomendaciones para la prevención de la obesidad, que involucraban a varios sectores y que aconsejaban diferentes acciones: regulación de disponibilidad de alimentos, implementación de un etiquetado en los alimentos, uso de instrumentos fiscales y políticas agrícolas para favorecer la producción de alimentos saludables y su accesibilidad, promoción y apoyo a la lactancia materna, orientación alimentaria, promoción de actividad física y prevención primaria y secundaria en el sistema de salud.
- 4. Impuesto a las bebidas azucaradas.** Se calcularon los efectos esperados que tendría la implementación de un impuesto de 10% a bebidas azucaradas. Esto supondría una disminución de 10 a 13% en su consumo. Los sustitutos serían el agua y la leche. La disminución de peso fue evaluada tomando en cuenta un posible impuesto de 20%. Se observó que, en 10 años, éste resultaría en una disminución de 2.4 kg en la población de consumidores de 250 ml o más de refresco y en una disminución de casos de diabetes de entre 800 000 y 1.3 millones para 2030. Además, con esto se espera obtener ingresos fiscales altos.
- 5. Regulación de la publicidad en niños.** No publicitar alimentos que no cumplan con ciertos criterios en determinados horarios ni en cine.
- 6. Etiquetado frontal de alimentos.** Un etiquetado frontal obligatorio basado en los GDAs y un sello nutricional voluntario. Este último podría causar un impacto positivo en la reformulación de productos y en mejor elección de compra.

En conclusión, existe una alta prevalencia de obesidad y un alto consumo de bebidas azucaradas en México. Existen varias estrategias que la administración federal actual ha implementado, una de ellas, la fiscal. Sin embargo, aún falta mucho en materia de regulación, implementación y evaluación de estas estrategias; todas ellas podrían generar un impacto positivo en la salud de la población.

**“ESMaestras. Investigación para mejorar la salud de la mujer”. Estudio de Salud de las Maestras: resultados preliminares de análisis de obesidad. El papel de estudios observacionales prospectivos**

*Ponente: Ruy López-Ridaura*

Se ha estado trabajando en este proyecto desde hace casi 10 años. La justificación para hacerlo fue que se dieron cuenta de que realizar estudios de cohorte en países subdesarrollados había sido muy complicado, a pesar de que la información que se obtiene de este tipo de estudios es muy útil para desarrollar estrategias de prevención y para detectar las grandes transiciones que sufren algunos países como México.

México está envejeciendo (se calcula que, para 2050, 30% de la población será mayor a 60 años); México está cambiando su estilo de vida (71% de la población tiene sobrepeso u obesidad); México ha cambiado su patrón de mortalidad (la mortalidad por enfermedades crónicas y accidentes ha aumentado de 40 a 85% en un periodo de 40 años). Por lo anterior, se pensó en hacer un estudio que se enfocara en identificar la etiología de las enfermedades para, con ello, realizar intervenciones de prevención.

Se tiene en cuenta que los estudios de cohorte están enfocados a nivel etiológico a nivel individual y a la prevención primaria; sin embargo, permiten definir estrategias exitosas a nivel poblacional. También se considera la limitante de que en este estudio no se toman en cuenta los determinantes sociales que podrían intervenir.

Por otro lado, hay un gran número de razones por las cuales es importante realizar estudios de cohorte prospectivos en México. Entre estas razones están las que se mencionan a continuación.

- Se cree que son la mejor estrategia para inferencia causal en la vida real.
- Permiten medir la exposición antes de la aparición de enfermedades.
- Permiten evaluar diferentes enfermedades en un solo estudio.
- Permiten identificar mecanismos biológicos y subyacentes.
- Son útiles para generar instrumentos de predicción.
- Los bioespecímenes pueden ser usados para evaluar exposiciones no disponibles en la evaluación basal.

Con base en lo anterior, se decidió hacer el Estudio de Salud de las Maestras, cuyo objetivo general es evaluar los factores de riesgo para enfermedades crónicas en mujeres mexicanas. Algunas características importantes de este estudio son las siguientes:

- Es el estudio de cohorte más grande de América Latina (n= 115 346).
- Cuenta con una tasa de seguimiento alta (>80%) a siete años del inicio.
- Cuenta con las bases para un repositorio biológico.

- Está posicionado para hacer importantes contribuciones para el entendimiento de cáncer y otras enfermedades crónicas.
- En 2006, cuando el estudio inició, sólo participaron los estados de Jalisco y Veracruz (n= 27 986); para 2008, se obtuvo un financiamiento que permitió extenderlo a 10 estados (n= 87 360); para 2011, se obtuvieron datos de seguimiento y se obtuvo la muestra de 115 346.

Los datos del proyecto se obtuvieron mediante cuestionarios de autorespuesta que se aplicaron cada tres años. Éstos se complementaron con cuestionarios en línea y llamadas telefónicas.

Se obtuvieron datos de aproximadamente 10 exposiciones y 40 desenlaces de salud, entre los que se encuentran: peso, dieta, actividad física, tabaquismo, medicamentos, asma, hipertensión, cáncer, osteoporosis, diabetes, etc.

Uno de los resultados más sobresalientes hasta el momento es el impacto del consumo de bebidas azucaradas en el desarrollo de obesidad. Se observó que, al aumentar el consumo de refresco en menos de una bebida al día, el peso incrementa 2 kg en 2 años.

Aún faltan muchos análisis por hacerse. En 2014, se llevó a cabo el tercer ciclo de seguimiento; para 2020, éstos son los objetivos:

- Reforzar y expandir infraestructuras existentes.
- Aspectos sobre georeferenciación y ambiente construido.
- Expansión con 55 mil hombres.
- Obtener muestras biológicas en aproximadamente 70% de la cohorte.
- Establecer banco de tejido tumoral.
- Ser una de las fuentes principales de información sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas en México.

**La actividad física: componente soslayado en las políticas públicas contra la obesidad**

*Ponente: Emanuel Orozco*

La obesidad es un problema bien definido desde hace más de 30 años. A pesar de ello y aunque las soluciones parecen sencillas, la enfermedad persiste y va en aumento. En México, es claro que la obesidad involucra un componente relacionado con la alimentación; sin embargo, falta analizar un segundo componente que tiene que ver con la actividad física.

Es importante saber si la gente está en posibilidades de realizar actividad física y qué sería necesario para que la población mexicana incrementara el tiempo que dedica a la actividad física. En particular, es importante trabajar en el entorno construido y en la cuestión regulatoria de éste. El término ambiente construido se refiere al conjunto de lugares, espacios y productos que han sido creados o modificados por el hombre.

El problema en torno a la actividad física en México no es propiamente normativo. Encontramos cierta normación

por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), e incluso leyes nacionales y municipales.

Un estudio realizado en las ciudades de Cuernavaca y Guadalajara obtuvo información a partir de las opiniones de varios actores clave (diputados, comerciantes, tomadores de decisiones del sector salud, etc.) acerca de cómo el entorno en el que viven afecta las posibilidades que tienen las personas de hacer actividad física. Se hizo referencia a que el tipo de terreno juega un papel muy importante para la población. El crecimiento desordenado de las ciudades y la presión que hay sobre el espacio disponible ha creado un problema de crecimiento de ordenamiento vertical: en las zonas caminables y más verdes vive la menor cantidad de población y la de mayores ingresos; en contraste, las zonas donde se requeriría mayor espacio para hacer actividad física son aquellas donde habita la gente más pobre y donde se realiza menor actividad física; por lo tanto, es ahí donde los efectos de la obesidad son mayores.

Los resultados obtenidos en relación con la disponibilidad de espacios para hacer ejercicio indican que hay una buena oferta pública de éstos. Sin embargo, la mayoría tiene problemas de mantenimiento y, por lo tanto, no son atractivos para realizar actividad física. También se nos habló de instalaciones mixtas, algo que existe en Guadalajara. Se trata de lugares cuya administración el gobierno cede a empresas privadas a manera de concesión y de los cuales la gente puede hacer uso por un cobro significativo; esto ha tenido muy buenos resultados en esa ciudad.

El problema es la falta de instalaciones en las zonas donde vive la gente con menos recursos y la aparente falta de capacidad que reportan los actores gubernamentales para crear o modificar leyes urbanas que permitan un mejor uso del espacio. Adicionalmente, está el tema de la seguridad: el miedo que tiene la población a ser violentada la disuade de realizar ejercicio. También se habla de la falta de disponibilidad de espacios, de mucha presión para utilizar los que están disponibles y de barreras importantes como la distancia que hay que recorrer o el gasto que hay que hacer para poder utilizar los espacios. Lo anterior hace que éstos sean lugares poco atractivos para la gente en términos de actividad física.

Desde los noventa, existe en Guadalajara una política pública para tener espacios limpios, adecuados, utilizables y seguros; mientras que en Cuernavaca los pocos espacios que se han liberado han sido ocupados por centros comerciales con la idea de que esto va a generar empleo. Al respecto, los funcionarios gubernamentales argumentan que el dinero se debe utilizar en las demandas de los ciudadanos, ya que no hay mucho presupuesto para el espacio. Además de que los recursos se tienen que utilizar para mejorar las zonas que se han ido poblando de forma irregular.

Además de lo anterior, nos enfrentamos a un amplio privilegio en el uso del automóvil y la escasez de peatones. Esto se ve reflejado en una importante ausencia de banque-

tas en varias zonas habitacionales, un problema que es más pronunciado en las zonas pobres.

Se ha detectado un retroceso en cuanto a los planteamientos de las políticas públicas para incentivar la actividad física. Dentro del Plan Nacional de Desarrollo, la obesidad está enmarcada como un problema de conducta y mala educación; sin embargo, no se menciona que la oferta de alimentos es neutral y que debemos educar a la población para que tome buenas decisiones y no presente riesgos de obesidad.

Queremos analizar el problema de la actividad desde las barreras que influyen en el ambiente construido para pensar cómo tendríamos que plantear las soluciones y atenderlas desde la política. En términos generales, podemos encontrar una pequeña referencia al problema en el Plan Nacional actual: de manera muy general, se plantea que la pobreza es la barrera más profunda para que la gente tenga actividad física o corrija otras prácticas de riesgo. Esto resulta altamente problemático ya que una buena parte de los desarrollos en las ciudades favorecen las zonas donde vive la gente de mayor ingreso así como la circulación de automóviles y dejan de lado a los peatones, incluso en zonas turísticas, salvo en Guadalajara.

No encontramos un planteamiento claro de rescate de los espacios públicos; además, muchos temas importantes, como el del financiamiento, quedan descritos de forma muy abstracta en el Plan de Desarrollo. Por lo tanto, nos parece muy importante continuar con el trabajo que se ha hecho desde el ámbito de lo civil y de lo público: grupos que se han organizado para hacer ejercicio, asociaciones grupales para caminar o usar bicicleta pero sobre todo, rescatar espacios públicos para incrementar la posibilidad de que las personas realicen actividad física.

### **El impacto de la vulnerabilidad en la obesidad y enfermedades crónicas. El caso de la diabetes mellitus tipo 2**

*Ponente: David Napier*

Si la diabetes fuera un país, sería el tercer país más grande del mundo. La obesidad y la diabetes son desastres que afectan a las poblaciones en cámara lenta y que son influenciados por diversos factores como la migración urbana masiva, los cambios en la producción de comida y su uso, y nuestra relación con las ideologías que se tienen sobre cómo llevar una buena vida y los objetivos que hay que lograr para alcanzar esa meta.

Las dimensiones de este problema son elevadas y continúan incrementándose a velocidades impresionantes. Se estima que si las prevalencias de obesidad y diabetes en México continúan con la misma inercia, para 2035 consumirán la totalidad del presupuesto nacional. En 2014 hay 2.1 billones de personas obesas en el mundo. Esto implica más de 11 veces tantos obesos como diabéticos diagnosticados. Si la obesidad fuera un país, sería de dos veces el tamaño de China.

La migración, la producción de comida y las creencias sobre una buena vida no son cuestiones biomédicas. El gran asunto es la forma en que conceptualizamos estos problemas como un problema médico. El costo del tratamiento médico para la diabetes y la obesidad es alarmante. En 2014, el Reino Unido gastó 80% del dinero destinado a salud en atención de diabetes y de sus complicaciones. Además de los factores de riesgo biomédicos, están los factores de riesgo sociales, los cuales son complejos y poco conocidos. Dentro de éstos se encuentran las circunstancias socioeconómicas, las costumbres culturales, la falta de acceso a recursos, la falta de apoyo comunitario y la falta de educación en salud. Todos sabemos que son importantes pero nos ha tomado mucho tiempo cuantificarlos y determinar su efecto en la diabetes. Por lo tanto, ¿cuáles son los verdaderos efectos de medicalizar la diabetes y cómo caracterizamos las complicaciones sociales de esta enfermedad?

La diabetes puede caracterizarse por la “regla de las mitades”, una forma de caracterizar las dimensiones sociales de las enfermedades no transmisibles: sólo la mitad de los diabéticos han sido diagnosticados; de quienes han sido diagnosticados, sólo la mitad recibe tratamiento; de éstos, sólo la mitad alcanza los objetivos de control, y de estos últimos, únicamente la mitad se libra de padecer alguna complicación. Por lo tanto, el éxito en el tratamiento es muy bajo y sólo toma en cuenta la población diabética. Lo que la regla de las mitades no describe es a los obesos que están en riesgo (los diabéticos sin diagnóstico o los que reciben un tratamiento sin éxito).

Lo que hicimos fue crear una forma distinta de ver el problema, la cual reflejara las dimensiones socioculturales. Al dividirlo de esta manera podemos ver el dominio social (2.1 billones de obesos), el dominio biosocial, que abarca la mitad de los diabéticos, es decir aquéllos que están llevando un tratamiento (190 millones), y el dominio médico en el que la gente está alcanzando los objetivos deseados (<23 millones, lo que es <0.1%). Esto nos da una imagen gráfica de lo complicado y abrumador de este asunto.

Al revisar las publicaciones de los últimos 10 años sobre diabetes, se encuentra que la mayor parte de la investigación (97.2%) se enfoca en el dominio médico y no en el social. En resumen, estamos gastando mucho esfuerzo en sólo una pequeña parte del gran problema. Ésta es una elección cultural que debemos modificar porque impide que tomemos en cuenta la importancia de examinar la obesidad y la diabetes desde varias disciplinas. No sólo se requiere tratamiento médico sino todo un ambiente social.

La Comisión Europea reconoce una necesidad de cooperación intersectorial e identifica sectores que se deben tomar en cuenta: vivienda, consumo de agua, transporte, exposición a químicos, comunicación sobre salud, condiciones laborales, actividad física, producción y distribución de alimentos y ambientes físicos, naturales y sociales. Sabemos que muchos de éstos tienen implicaciones importantes

en la obesidad y en la diabetes; la pregunta es ¿cómo manejamos nuestro marco de cultura para resolver esto?

Si deseamos hacer algo más que sólo aconsejar a la gente y esperar a que hagan el cambio en sus vidas, debemos tomar en cuenta todos estos aspectos. Tenemos que encontrar nuevas formas de trabajar juntos, nuevas definiciones de vulnerabilidad, nuevas estrategias para crear cambios y nuevas maneras de entender los factores sociales de riesgo. Claramente, la evaluación del riesgo tiene que ver con el entendimiento del cambio de conductas, las capacidades, oportunidades y motivación. Es importante evaluar las suposiciones que podrían llevarnos a descuidar los determinantes socioeconómicos y culturales de la salud, los cuales son críticos para solucionar los problemas que enfrentamos.

### **Plan estratégico en salud “Michme”: una propuesta comunitaria a la obesidad, diabetes e hipertensión**

*Ponente: Marián Villanueva Borbolla*

El nombre Michme surge de la traducción del sonido de las iniciales de “plan estratégico en salud” (PES). Michme significa pez en lengua náhuatl. Este proyecto se desarrolla en Xoxocotla, una localidad del estado de Morelos, cuyas tradiciones y actividades, originalmente rurales, han cambiado para dar lugar a una población cada vez más urbanizada. No es una localidad aislada; cuenta con entre 20 y 22 mil habitantes y en los últimos años se ha caracterizado por perder gran parte de sus raíces, provenientes de la cultura náhuatl, debido a la discriminación que ha sufrido.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha estado presente en esta comunidad desde hace casi dos décadas. En uno de los primeros estudios que se realizaron allí, se tomaron medidas antropométricas y se observó que, del periodo de 1997-2000 a 2005, el sobrepeso se duplicó (28.7 a 42.9%) y la obesidad se triplicó (9.8 a 30.3%). También se hizo un estudio de suplementación en mujeres y sus hijos, y se encontró que muchas de éstas tenían problemas emocionales como depresión y baja autoestima. Por esto, en 2005 se realizó un taller de autoestima basado en la educación popular con un grupo de mujeres que participaban en el estudio, para identificar el origen de esta problemática. Como resultado de esto, se identificaron problemas relacionados con el bienestar de las mujeres: falta de comunicación en la familia y en la pareja, violencia intrafamiliar, adicciones, contaminación del ambiente, sobrepeso y obesidad.

En 2008, se inició una intervención con un taller acerca de sobrepeso y obesidad, basado en la educación en nutrición. Al final, se hizo una evaluación participativa con la cual se vio que algo importante para ellas era tener sesiones exclusivas para crear recetas y actividad física, así como capacitación para cultivar hortalizas dentro de sus casas con el fin de que toda la familia tuviera acceso al consumo de verduras. Por otro lado, se encontraron barreras de tipo social, cultural, económico y ambiental.

El centro de salud de Xoxocotla se acercó a los coordinadores del proyecto y les propuso hacer talleres de este tipo con personas con diabetes e hipertensión. Éste fue el origen del proyecto.

El objetivo general del proyecto es diseñar y evaluar un modelo de salud construido a través de la metodología de investigación-acción-participativa en colaboración activa con un grupo de adultos (hombres y mujeres) de Xoxocotla para su adecuación sociocultural, con la finalidad de potenciar la sustentabilidad del mismo hasta tener un impacto en la prevención y adherencia al tratamiento por obesidad, diabetes o hipertensión (ODH). Lo anterior implica la participación activa de las personas de manera colectiva. El enfoque metodológico es el de investigación de acción participativa (IAP), basada en necesidades específicas, culturalmente adecuada y sustentada en recursos locales.

El proyecto se diseñó en tres etapas: 1) diagnóstico de necesidades; 2) diseño, adecuación y planeación, e 3) implementación y evaluación.

Durante la primera etapa se utilizaron:

- Encuestas (de adherencia al tratamiento, sobre servicios de salud, medios de difusión, etc.).
- Entrevistas sobre sus percepciones sobre el tratamiento de la enfermedad, a personas con obesidad, diabetes e hipertensión.
- Entrevistas a personas sin enfermedad.
- Entrevistas a informantes clave.
- Grupos focales
- Técnica de foto-voz. Esta técnica consiste en que discuten sobre un tema y toman fotos como evidencia.

Se encontró que hay necesidad de solidaridad con la familia, sobre todo en las personas enfermas, falta de autoestima, carencia de alimentación más natural y nutritiva, y falta de condiciones para hacer ejercicio.

Durante las etapas 2 y 3 se hizo la propuesta comunitaria, la cual consiste, principalmente, en que hombres y mujeres se apropien de la salud como un derecho y en que participen en la mejora de su calidad de vida.

Hasta el momento, se ha logrado lo siguiente:

- Talleres de sensibilización para la solidaridad: ¿qué se siente vivir con diabetes?, que consiste en vivir la experiencia como si se tuviera la enfermedad.
- Vídeo “Imagínate con diabetes”, el cual incluye testimonios de personas con la enfermedad.
- Taller diagnóstico de autoestima.
- Búsqueda de alimentación originaria.
- Taller sobre cultivos de hortalizas.
- 1er Festival de salud y cultura en la comunidad.

Finalmente, las acciones que se tiene pensado hacer son:

- Talleres de elaboración de alimentos con productos de hortalizas.
- Grupos de discusión con mapas de conversación Michme.

- Taller de preparación de alimentos que antes se consumían e integración de éstos a alimentos que se comen actualmente.
- Buscar un espacio para realizar sus sueños: grande y no muy lejano de la localidad.

### **¿Una geografía social de cuerpos obesos? Algunos pensamientos en urbanización, infraestructura y biomedicación**

*Ponente: Juan Rojas Meyer*

La pregunta de si existe una geografía social de cuerpos obesos puede entenderse en términos de urbanización, infraestructura y biomedicación. Esta presentación examina: a) problemas del “ambiente” en biomedicina; b) un acercamiento ecológico hacia la urbanización, y c) el carácter emergente de la biomedicación. Profesionales biomédicos interesados en la epidemiología de la obesidad tienden a moverse entre modelos de la enfermedad (concierno biología y genética) y aseveraciones acerca del “ambiente” (ecología urbana y opciones de mercado). Esto refleja un compromiso incómodo entre la necesidad de ser científicamente preciso y basarse en la evidencia, y el reconocimiento de los caprichos existentes para definir la categoría de “ambiente”.

En la práctica, últimamente los profesionales se sienten más cómodos con una biología que está relacionada con los cuerpos y con la idea de que el ambiente se vincula exclusivamente con lugares. Esta separación categórica tiene el efecto de dejar de lado las ecologías complejas, redes energéticas y adaptaciones habitacionales que, efectivamente, respaldan la vivienda urbana.

Por lo tanto, el acercamiento sugerido para “¿una geografía de cuerpos obesos?” pone al cuerpo y al ambiente urbano construido en una relación jerárquica y fractal, para revelar formas de mutualidad y correspondencia, o “bioextensión”, que son integrales para formar cuerpos urbanos.

Como resultado, esta presentación no se enfoca en condiciones urbanas que contribuyen directamente a la obesidad. Las ideas presentadas están interesadas en la tendencia de utilizar la urbanización para entender la obesidad (y sus complicaciones) a nivel individual, colectivo y urbano, donde la acumulación de grasas y aceites sin precedente ha comenzado a causar problemas significativos dentro de las infraestructuras urbanas.

### **¿Obesidad infantil: un problema de salud en México y en el Reino Unido?**

*Ponente: Rodney Reynolds*

Es importante pensar en la obesidad desde un punto de vista que vaya más allá de la ingesta y el gasto calórico, desde un enfoque que contemple acercamientos relevantes para entender qué está en juego cuando las personas son confrontadas con el diagnóstico o con el sentimiento de ser obesas.

Nuestro mundo contemporáneo está construido de una manera que hace necesario imaginar una escala fenomenal que no es accesible a ninguna experiencia humana. Por ejemplo, en 2012 la población mexicana se estimó en 120 millones de personas. ¿Cómo podemos imaginar una población a esa escala?, ¿cuándo comenzamos a crear intervenciones que son apropiadas para una población de esa magnitud? Las representaciones estadísticas son formas que nos ayudan a interpretar y a asociarle un significado a algo cuando no tenemos o no podemos tener experiencia directa con él. Los humanos asocian lo que va más allá de la experiencia humana con conceptos que pueden ser compartidos mediante la creación de comunidades imaginadas que piensan de forma similar entre ellas.

Cualitativa y objetivamente, hay muchas formas diferentes de observar el problema de la obesidad. ¿Es posible o no que se superpongan en formas que resulten significativas para los investigadores?

La primera asunción es que la obesidad funciona como una herramienta conceptual que nos permite imaginar la observación básica acerca de que nuestros cuerpos cambian, son de diferentes formas y tamaños, y tienen distintas capacidades. La primera pregunta es: ¿existe evidencia de que cuando los mexicanos y los británicos hablan sobre la obesidad infantil comparten constructos sobrepuestos?

Una forma de verificar si existen constructos compartidos es preguntándose si existe una definición objetiva que sea común. En el caso de la obesidad, el índice de masa corporal (IMC) se mide de forma diferente en los niños que en los adultos, ya que los niños tienen patrones de crecimiento que son característicos de cada género y grupo de edad, y que a su vez varían de acuerdo con la raza y la etnia. Por lo tanto, ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de obesidad infantil? En la actualidad existen tres estándares que son mundialmente utilizados para medir el IMC: el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en EUA y el de la International Obesity Task Force (IOTF). Sin embargo, existe una preocupación acerca de que estos estándares no son homogéneos y, por lo tanto, su aplicación puede sobrestimar o subestimar la prevalencia de obesidad infantil en algunas poblaciones.

Además de lo anterior, cuando se analizan datos con el fin de hacer una clasificación de la obesidad, éstos se comparan con bases de datos de varios años atrás. Por ejemplo, en Inglaterra los números son comparados con una base de datos de 1999 y en México, con los estándares de la OMS de 2006; ¿en qué sentido podemos hablar de que México e Inglaterra tienen concepciones similares sobre el problema de la obesidad infantil en sus respectivos países? A esto le sumamos que el sobrepeso y la obesidad en el Reino Unido se han relacionado con grupos de bajo nivel socioeconómico, mientras que en México, con la clase media. Este tipo de asociaciones hacen una diferencia significativa en relación con cuál debe ser el acercamiento al problema y cómo debe

ser la planeación de las soluciones. Esto lleva a una segunda pregunta: ¿existe una asociación con cierto tipo de alimentos que refleje intereses o preocupaciones compartidos acerca de la salud o de las características de la comunidad?

Para responder esta pregunta, podemos iniciar con un relato de Andrew Lawler acerca de la historia del pollo. En la antigüedad, los esclavos africanos desarrollaron la habilidad de domesticar pollos en sus tierras de origen antes de la esclavitud. Esta habilidad les fue de gran utilidad durante los tiempos de la esclavitud ya que únicamente se les permitía tener pollos para comprar y vender. En esta época, los esclavos innovaron el alimento con la creación del "pollo frito", platillo que se volvió popular y tradicional de la región. Posteriormente, los judíos europeos que emigraron a Estados Unidos durante el siglo XIX, la migración de los estadounidenses del Sur al Norte en el siglo XX, las guerras y la gran depresión crearon una demanda importante de pollo, debido a que era un alimento tradicional de los migrantes, era una forma barata de proteína, tenía mayor disponibilidad que otros alimentos y estaba más al alcance de las personas con poco poder adquisitivo. Esto nos sirve para ejemplificar cómo las tradiciones y prácticas viajan con los individuos y también se desarrollan y sufren cambios.

Las políticas pueden ser utilizadas para crear una desventaja arbitraria de un grupo sobre otro. Los alimentos y la seguridad pueden ser utilizadas como herramientas de control social. Las guerras y los conflictos internacionales pueden tener un impacto importante en nuestras preferencias de alimentos y en su disponibilidad. La raza, etnia y otros constructos sociales y culturales pueden encontrar una influencia en la política. Incluso algunos alimentos están asociados con demografías sociales. Por ejemplo, a través de su historia, el pollo en Estados Unidos ha sido asociado con la población no caucásica, los migrantes, los menos favorecidos, y con un poder de adquisición restrictivo. En el Reino Unido, el pollo frito es un alimento que ha estado fuertemente involucrado en el debate de la obesidad, particularmente, en los adolescentes y niños. Este platillo en ambos países es representativo de una mala dieta y se asocia con algunos grupos de población específicos en ciertas partes del país. ¿Cómo conceptualizamos lo que está en juego: en términos de personas o de sus comunidades?

Datos de un estudio realizado en el Reino Unido que, con ayuda de un cuestionario, realizaba preguntas acerca de preferencias de consumo de alimentos, fueron utilizados para crear nuevos negocios que enfatizaran los gustos de la población local. Por lo tanto, me gustaría pensar ¿cómo los resultados académicos serían importantes para las personas que cuidan a los niños?, ¿cómo les ayuda a estas personas saber que México y el Reino Unido probablemente ocupen diferentes conceptos respecto al problema de la obesidad?, ¿cómo les ayuda conocer qué comidas están asociadas a antecedentes históricos y que esto nos ayuda a comprender a la gente que los consume?, ¿cómo podemos comenzar a entender de mejor manera qué alimentos necesitan?, ¿cómo

podemos entender como imaginar el problema de la salud en relación con lo que la gente hace en lugar de sólo definir su perfil de riesgo?

### **Compromiso público en la investigación aplicada y colaborativa en la salud global**

*Ponente: Rodney Reynolds*

Como académicos, tenemos la responsabilidad de tomar posiciones y de crear argumentos para mostrar a la gente puntos de vista que nosotros podemos ver. La vida contemporánea a menudo demanda que imaginemos cosas a una escala que va más allá de la experiencia humana. Problemas complejos requieren soluciones complejas.

La estadística y otras representaciones empleadas en investigación nos permiten dar significado a cosas con las que no hemos tenido experiencia y con las que no podemos tener experiencia directa. La oportunidad es el compromiso público. Se hace investigación pero también se debe tener compromiso con toda la gente: hacer que los conocimientos sean accesibles a gente real y a problemas reales para generar un impacto.

El compromiso público describe las formas en que la actividad y los beneficios de una educación elevada e investigación pueden ser compartidos de una forma interactiva con el público. El compromiso es un proceso de doble dirección que involucra interacción con la finalidad de generar doble beneficio; significa tomar oportunidades para establecer el diálogo. El público son aquellas personas que no han tenido la oportunidad de ver las situaciones desde otro punto de vista, como sí hemos podido nosotros por nuestra preparación. El público incluye individuos y grupos que no tienen una relación formal con instituciones educativas de educación superior, investigación o transferencia de conocimiento.

El compromiso comunitario es importante porque nos permite asegurar el cumplimiento ético, reclutar participantes y obtener fondos. Adoptar este compromiso es una acción inteligente porque mejora nuestro entendimiento acerca de la investigación y sus resultados, además de incrementar nuestras habilidades de comunicación. Es una acción sabia porque inspira a generaciones futuras de científicos. Se trata de crear colaboraciones con grupos de investigación.

# Talleres de discusión

El taller “Mind the Gap: buscando soluciones creativas contra la obesidad” buscó formar lazos entre mexicanos e ingleses para desarrollar soluciones innovadoras relacionadas con la prevención o el tratamiento de la obesidad a partir de las experiencias que hemos tenido en ambos países. Con esto en mente, decidimos tomar como puntos de partida para las propuestas tres ejes sobre los cuales centramos los talleres de discusión. Uno de los propósitos de este taller era que, al finalizar los dos días de discusión, se iniciara el desarrollo o la planeación de acuerdos o propuestas que abrieran paso al desarrollo de proyectos de colaboración entre el Reino Unido y México.

- Estandarización de encuestas
- Impacto de la vulnerabilidad en las enfermedades crónicas
- Factores ambientales que influyen en el ambiente obesogénico: sociales, culturales y físicos

## Grupo A. Estandarización de encuestas

*Sofía Rincón Gallardo*

Líder de grupo por Inglaterra: Alison Moody, UCL,

Líder de grupo por México: Luz María Sánchez Romero, INSP

Erick Monterrubio, INSP

### *Objetivo*

El objetivo de este grupo de trabajo fue identificar una posible propuesta de proyecto, cuya meta sea trabajar en la estandarización de métodos de evaluación de las encuestas nacionales e internacionales para promover una comparación de resultados relevante para la evaluación y el monitoreo de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas.

### *Puntos de discusión*

- ¿Cuáles son las encuestas con representatividad nacional disponibles en México y el Reino Unido? Contenidos relevantes en las encuestas que se relacionen con obesidad, sus factores de riesgo y consecuencias: ¿Qué nos interesa comparar?
- Contenidos de las encuestas que consideran podrían modificarse para lograr una estandarización: ¿Podemos

modificar las formas de evaluación para lograr una estandarización?

- Puntos de vista acerca de qué es más relevante en estos momentos: estandarización a nivel nacional, regional o internacional.
- Posibilidades de financiamiento.

Las encuestas que destacaron durante la discusión fueron la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) 1988 y 2000; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006 y 2012; la Encuestas del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) sobre compra de alimentos. En el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), desde 1988, se han realizado tres encuestas de nutrición y tres de salud. Además, el INSP ha trabajado otras encuestas como la de violencia o la de adultos mayores. Se hizo mención también a la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (Ennvih), encuesta representativa a nivel nacional, que además cuenta con el seguimiento de una cohorte, ya que siguió a los mismos participantes que se levantaron en 2002, posteriormente en 2005 y 2011. Para finalizar, se nombró a la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana del Estado de México (Enurbal). Se mencionó también que las más utilizadas son las Ennvih, las Ensa y las Ensanut.

Las Ensanut fueron las encuestas de las cuales se discutieron los resultados e indicadores, ya que se consideró que ambas (2006 y 2012) eran las más recientes y las que tenían mayor cantidad de datos para posibles comparaciones. Se aclaró que esta encuesta es herramienta y fuente bibliográfica de uso continuo dentro de la investigación por ser representativa de toda la población y por estar en constante actualización. Las dos Ensanut incluyen datos sociodemográficos, accesibilidad a servicios de salud, utilización de servicios de salud, nutrición y dieta (recordatorio de 24 h, frecuencia de consumo de alimentos), análisis bioquímicos (glucosa, colesterol, triglicéridos), actividad física, cuestionarios de enfermedades crónicas no transmisibles, prevalencia de diabetes mellitus (diagnóstico previo y nuevos hallazgos).

Por parte de Inglaterra, se habló con detalle acerca de la Health Survey for England 2012 (Encuesta de Salud para



Inglaterra), encuesta de salud realizada cada año de enero a diciembre, que incluye una muestra de 8 000 adultos (mayores de 16 años) y 2 000 niños y que tiene representatividad nacional. El objetivo de esta encuesta es evaluar la salud a nivel nacional. Está dividida en dos partes que incluyen datos de salud en general, diagnóstico de enfermedades, cuidado personal, ayuda a enfermos, talla, peso, diabetes mellitus, consumo dietético, actividad física en niños y adultos, salud mental y salud sexual. Además, incluye datos de análisis bioquímicos (hemoglobina glucosilada, lípidos) de una submuestra de 40%, aproximadamente. Como dato de interés, se identificó que la diabetes mellitus tipo 2 (T2DM) es diagnosticada por medio de HbA1c, punto de corte 6.5%. Los puntos de corte son en no ayuno y utilizan las guías del Reino Unido.

La Encuesta de Salud para Inglaterra es representativa de las nueve regiones de Inglaterra, cuya población total es de 60 millones de personas. Sin embargo, la metodología ha sido diferente en el transcurso de los años por lo que no todos los indicadores son comparables entre sí.

La parte de evaluación de dieta incluye datos sobre el consumo de frutas y verduras. Se mencionó que en años anteriores se ha realizado recordatorio de 24 h (r24h) y evaluación del consumo de sodio. La encuesta de dieta se hace cada cuatro años con r24h. La evaluación de actividad física se realiza mediante el cuestionario IPAQ, pero éste ha mostrado problemas con actividades laborales. Por lo anterior hay una propuesta para validar el cuestionario y hacerlo cada año. Además, se utilizan acelerómetros en una submuestra.

Para evaluar la presión arterial, se sigue el protocolo internacional, se utilizan baumanómetros OMRON digitales y se toman tres mediciones (última promedio). Para la clasificación de estado nutricional en niños se siguen estándares nacionales. Los puntos de corte para circunferencia de cintura en mujeres manejan tres niveles de riesgo, el punto de medición es el área media entre la última costilla y el inicio de la cresta ilíaca.

Se discutió que la Ensanut en México diagnostica la diabetes mellitus por medio de análisis de glucosa y se argumentó que este análisis podría sobreestimar los casos, además de que el costo probablemente sea menor al de un análisis de HbA1c.

En México, también se utiliza la circunferencia de cintura, al igual que la toma de presión arterial; sin embargo, en la mayoría de los casos ésta se realiza con baumanómetro de mercurio. Al respecto, se han identificado sesgos en las mediciones que emplean este método ya que el baumanómetro de mercurio tiene error de redondeo (sistólica más alta/diastólica menor). La Ensanut 2012 tiene una submuestra para medir la presión a través de baumanómetros digitales OMRON (10% de la muestra). Se cree que el baumanómetro OMRON se debe comparar con el

baumanómetro de mercurio utilizado por una persona estandarizada. En Inglaterra se hizo el cambio de mercurio a digital; sin embargo, no se aclaró en qué año ni cuál fue la metodología. Se cree que el sesgo al cambio también debe ser evaluado.

Con base en esta discusión, concluimos que éstos son los posibles indicadores que hay que estandarizar para poder realizar la comparación entre las encuestas:

- Antropometría
- Circunferencia de cintura
- Estado nutricional en niños
- IMC: si se usan indicadores adecuados
- Recordatorio de 24 h
- IPAQ corto y largo
- Acelerómetros
- Nivel socioeconómico

Se propuso al equipo de Inglaterra hacer otra evaluación de estado nutricional utilizando los estándares internacionales (OMS) para poder comparar los resultados a nivel internacional. También se planteó una propuesta para revisar y decidir si IMC u otra medición son los indicadores adecuados o si se debe crear otro indicador para esta evaluación.

En Inglaterra, para realizar las evaluaciones, se estratifica también por indicadores de nivel socioeconómico: ingreso, educación, tipo de trabajo, zona de vivienda. En México, el nivel socioeconómico se utiliza para ordenar y se forma mediante un índice previamente creado.

### *Conclusiones*

Las herramientas que actualmente tiene cada encuesta y que servirían para hacer comparaciones entre países son las que se identifican brevemente en este documento. A pesar de que existen parámetros comparables entre las encuestas llevadas a cabo en México y en el Reino Unido, existen otros que no pueden contrastarse y que, por lo tanto, no permiten establecer un análisis comparativo. Por esto, deben pensarse estrategias que permitan que ambas encuestas sean lo más parecido posible entre sí, dentro de los alcances y limitaciones de cada país.

### *Temas para considerar en próximas reuniones*

- Pensar qué herramientas se pueden desarrollar para agregar metodologías y hacer comparables las encuestas.
- Retomar la discusión sobre el nivel socioeconómico, factores determinantes del mismo y estandarización. Preguntarse la pertinencia de medir riqueza acumulada más que conteo de bienes, o gasto en lugar de ingreso. En México el ingreso no está ligado al nivel socioeconómico.

## Grupo B. Impacto de la vulnerabilidad en las enfermedades crónicas

Sandra León

Líder de grupo por Inglaterra: David Napier, UCL

Líder de grupo por México: Simón Barquera Cervera, INSP

Ruy López Ridaura, INSP

### Objetivo

Definir los criterios para el cuestionario de vulnerabilidad que será utilizado en el proyecto de Ciudades Cambiando la Diabetes. Encuesta representativa de diabetes en el Distrito Federal.

### Puntos de discusión

- Descripción del objetivo del cuestionario de vulnerabilidad y de los aspectos que evalúa
- Identificación de líderes de comunidad que apoyen la implementación de este cuestionario
- Barreras para la evaluación en México

Se pretende que proyectos globales tengan efectos locales. Por esto, el objetivo del taller es presentar un instrumento llamado cuestionario de vulnerabilidad, que sirve para identificar la presencia de riesgos específicos de presentar diabetes. Este instrumento ha sido aplicado con anterioridad en otros países y se pretende aplicar en la Ciudad de México con las modificaciones que se crean convenientes.

Una de las premisas de este instrumento es que exista una interacción entre lo cualitativo y lo cuantitativo. Por ello, se pretende recurrir a métodos mixtos de búsqueda para identificar factores de riesgo e indicadores de vulnerabilidad frecuentemente inaccesibles para la población. Los casos deben ser extraídos de datos cuantitativos, luego se han de verificar los riesgos de información cuantitativa y analizarlos de forma cualitativa. De esta manera, se espera generar conocimiento a partir de la intervención.

Al construir una herramienta de evaluación de vulnerabilidad, se reflexionó sobre cómo se pueden identificar los criterios para detectar la vulnerabilidad ante enfermedades crónicas, en especial, la diabetes. Uno de los aspectos que se han de considerar es la ubicación geográfica para, de esta manera, obtener la información esperada. También se deben estandarizar las categorías locales e identificar prioridades para enfocar bien los recursos y encontrar indicadores de vulnerabilidad.

Debemos identificar cuáles son los factores de riesgo y conocer quién es vulnerable y por qué lo es. Es importante conocer la naturaleza de la experiencia de tener diabetes y la forma en que las personas reaccionan ante este problema. Esta información se obtendrá de manera cualitativa, ya que puede variar de lugar en lugar. Además, no se sabe si lo que se ha detectado en lugares donde se ha aplicado esta encuesta presenta las mismas características en todos

lados. Se piensa que no, ya que los grupos que se han detectado como más vulnerables en otros estudios no han sido los mismos que algunas organizaciones han identificado. Por lo tanto, es importante adaptar el cuestionario a varios lugares y determinar grupos vulnerables de diabetes en diferentes zonas del mundo.

Se consideraron tres dominios en la encuesta realizada para examinar y priorizar los factores de riesgo: dominio formal, dominio comunitario y dominio de vulnerabilidad.

En el dominio formal se les preguntaba si contaban con asistencia médica y sobre el periodo, la duración, el tipo de asistencia y el acceso equitativo a ésta. El propósito de este dominio es determinar si la persona sabe qué servicios están disponibles, si tiene motivación y si existen posibilidades de cambio disponibles para ella. La información por sí sola no cambia el comportamiento; se deben considerar también las emociones y situaciones de las personas.

En el dominio comunitario es importante conocer cómo perciben el problema quienes rodean a la persona enferma. Puede suceder que los habitantes de una comunidad ya hayan innovado y creado algún buen método para tratar esta enfermedad sin darse cuenta o que, por el contrario, estén mal informadas sobre el problema de la diabetes. Por lo anterior, es importante saber su punto de vista.

El tercer dominio, el de vulnerabilidad, evalúa qué hace que las personas sean más propensas a padecer la enfermedad y a presentar factores de riesgo; quiénes y por qué son más vulnerables; pues quien es más vulnerable que otra persona nos puede conducir a una persona específica. El propósito de este último dominio es obtener información de un conocimiento local, prácticas, hábitos, etcétera.

Se desea identificar casos a partir de un algoritmo para detectar personas en riesgo a partir de la vulnerabilidad. Se sabe que la percepción de aquéllos que ya tienen la enfermedad es diferente que la de aquéllos que aún no la tienen, de ahí la importancia de la información cualitativa.

Aún hace falta determinar cómo identificar los factores por individuo, por comunidad o por familia. Además, hay que elaborar constructos: variables para la entrevista como género, edad, nivel socioeconómico, área geográfica o afiliación a un grupo (ayuda mutua, insertos en alguna comunidad), para saber si sería conveniente tomarlas en cuenta al momento de hacer los filtros sobre las personas de las cuales deseamos obtener información. Otras variables de selección podrían ser la gravedad de la enfermedad o la etapa (diabetes, prediabetes).

Sin duda, también se deben incluir las percepciones de los familiares o cuidadores e información acerca de la medida en la que están a cargo de la persona con enfermedad y sobre si tienen más personas a su cargo.

### Conclusiones

La herramienta de vulnerabilidad se genera a través de datos cuantitativos e indicadores de riesgo de diabetes. Esto,

en combinación con datos cualitativos, permite generar nuevo conocimiento perspicaz para una intervención adecuada. Aunque éste fue un trabajo inicial, se espera concluir con la adaptación de este cuestionario y obtener a la brevedad información relevante sobre la comunidad en la Ciudad de México.

#### *Temas para considerar en próximas reuniones*

Revisión detallada del cuestionario en relación con el orden de las preguntas y con modificaciones necesarias para hacer el vocabulario más comprensible por parte de la población mexicana.

### **Grupo C. Factores ambientales que influyen en el ambiente obesogénico: sociales, culturales y físicos**

*Alejandra Jáuregui*

Líder de grupo por Inglaterra: Rodney Reynolds, UCL

Líder de grupo por México: Alejandra Jáuregui, INSP

#### *Objetivo*

Desarrollar ideas para propuestas de investigación que se enfoquen en identificar y expandir nuevas definiciones y análisis sobre factores sociales, culturales o ambientales que influyen en el desarrollo de la obesidad en niños y adolescentes en México o en el Reino Unido a través de diferentes dominios, incluidos –mas no limitándonos a ellos– la prevención y el tratamiento de la obesidad.

#### *Puntos de discusión*

- De acuerdo con su experiencia o conocimiento, ¿qué aspectos ambientales se encuentran entre los principales promotores de la obesidad en México y en el Reino Unido?
- De acuerdo con su experiencia o conocimiento, ¿qué aspectos sociales se encuentran entre los principales promotores de la obesidad en México y en el Reino Unido?
- Con base en los temas identificados, ¿qué aspectos sociales y ambientales operan en sinergia?
- Discutir y desarrollar con detalle las posibles propuestas de proyectos de investigación.
- Identificar posibles fuentes de financiamiento.

Existe gran diversidad de puntos de vista entre participantes con distintas formaciones y experiencias en relación con el tratamiento o la prevención de la obesidad. Quienes tenían una formación médica y habían tenido contacto con pacientes de diferentes tipos (diabéticos, obesos, con síndrome metabólico, niños, etc.) aportaron su perspectiva del modelo de atención actual y coincidieron en que esta disciplina no considera una variedad de factores (culturales y ambientales) que interfieren con la adherencia de los pacientes al tratamiento. El médico se limita a “dar órde-

nes”; sin embargo, no toma en cuenta las necesidades del paciente ni el entorno en el que lleva su vida diaria.

Por otro lado, desde el punto de vista de la cultura material, se considera que las personas conocen el mundo a través de sus cuerpos y que la obesidad es una forma de habitar un espacio, donde es posible que las “capas extra” sean necesarias dado que ofrecen un cierto tipo de “colchón”. Desde el punto de vista de la investigación, hay quienes están interesados en formar parte de movimientos e iniciativas sociales para generar, no solamente productos académicos, sino también productos sociales.

Se compararon las estrategias empleadas por las campañas de salud con las que utiliza el *marketing* de la industria alimentaria. Se comentó la efectividad de las campañas utilizadas por Coca-Cola, cuyas estrategias consideran las características de la población objetivo para adecuar los mensajes y hacerlos persuasivos. A este respecto, es importante pensar en estrategias para involucrar a otros sectores como el de la industria alimentaria, de manera que encontremos formas de colaboración exitosas.

Se discutió la forma en la que se aborda el tratamiento de la obesidad a través de diferentes niveles y sectores, y en colaboración con legisladores, organizaciones civiles y tomadores de decisiones en salud para generar políticas públicas, así como la evaluación de políticas públicas de reciente implementación. Además, se mencionó la experiencia en la implementación de intervenciones exitosas para la mejora de indicadores de riesgo de enfermedad crónica en las que se vieron involucrados diferentes actores y niveles, así como metodologías de abordaje cualitativo.

Una vez terminadas las presentaciones, se presentó un resumen de los puntos recurrentes a lo largo de la sesión:

- Promoción de la salud
- Educación y capacitación de proveedores de salud
- La importancia y el deseo de hacer trabajo relevante para la comunidad. Esto probablemente signifique trabajar en dos direcciones: a) con la comunidad, para entender qué es lo que quiere, y b) con los tomadores de decisiones en salud, a través de la modificación del ambiente construido y de las políticas públicas.
- Estilos de vida en el contexto de un ambiente urbano que no necesariamente podemos cambiar.

#### *Conclusiones*

Con base en las discusiones, concluimos que existen varios aspectos que es importante tomar en cuenta: a) la necesidad de cambio en el paradigma del abordaje de la obesidad: “las estrategias implementadas hasta ahora no han sido las más adecuadas; en algunas ocasiones nuestro enfoque ha sido más dañino que útil”; b) la relevancia del trabajo multidisciplinario (industria del deporte, por ejemplo) en la prevención y tratamiento de la obesidad, y c) la necesidad de modificar las respuestas sociales ante la obesidad, para lo cual hay que considerar al gobierno pero

también a ciertos grupos específicos con los cuales crear un diálogo para conocer qué esperan de nosotros e identificar cómo involucrarlos en la búsqueda de soluciones en espacios científicos.

*Temas para considerar en próximas reuniones*

- *Proyectos de escritura.* Podrían trabajarse 3 o 4 temas como proyectos colaborativos de escritura:
  - Ambiente social y construido
  - Problematización del concepto de salud
  - ¿Cómo modificamos la respuesta social? Incluir un fuerte componente de participación social
  - *Proyecto de investigación.* Existe la posibilidad de someter un proyecto de colaboración entre los dos países al *Welcome Trust*, en Inglaterra.
- *Colaboración con estudiantes de medicina en Inglaterra.* La asociación de Estudiantes de Medicina en Inglaterra tiene una conferencia anual en la que discute diversos temas, algo que podría implementarse también en México. Hay probabilidades de que la conferencia del siguiente año sea internacional y de que se invite a algunos estudiantes mexicanos a identificar temas específicos de colaboración.
  - *Proyecto de sondeo en México.* Para realizar trabajo de campo cualitativo y cuantitativo con la finalidad de entender qué significa salud para las personas y cuáles son sus objetivos en este ámbito.
  - *Propuesta de ambiente físico construido.* Los planificadores urbanos en México tienen interés en rediseñar la Ciudad de México. Por lo anterior, es importante explorar posibilidades de colaboración.

# Lista de asistentes al taller

## Ponentes

### University College London (UCL), Inglaterra

Lic. Alison Moody  
*Grupo de investigación de Encuestas Sociales y de Salud*  
*Departamento de Epidemiología y Salud Pública*  
*University College London*

Profesor David Napier  
*Profesor de Antropología Médica*  
*Departamento de Antropología*  
*University College London*

Dr. Rodney J Reynolds  
*Profesor en Salud Global y Antropología*  
*Instituto de Salud Global*  
*University College London*

Dr. Juan Rojas Meyer  
*Instituto de Salud Global*  
*University College London*

### Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México

Dr. Juan Rivera  
*Director*  
*Centro de Investigación en Nutrición y Salud*  
*Instituto Nacional de Salud Pública*

Dr. Simón Barquera  
*Director del área de Investigación en Políticas y Programas de Nutrición*  
*Centro de Investigación en Nutrición y Salud*  
*Instituto Nacional de Salud Pública*

Mtro. Emanuel Orozco Núñez  
*Subdirector de Apoyo Académico*  
*Centro de Investigación en Sistemas de Salud*  
*Instituto Nacional de Salud Pública*

Dr. Ruy López Ridaura  
*Jefe del Departamento de Enfermedades Crónicas*  
*Centro de Investigación en Salud Poblacional*  
*Instituto Nacional de Salud Pública*

Mtra. María Ángeles Villanueva Borbolla  
*Investigadora*  
*Departamento de Nutrición de Comunidades*  
*Centro de Investigación en Nutrición y Salud*  
*Instituto Nacional de Salud Pública*

## Asistentes

Antúñez Albarrán Daniela  
Arizmendi Aguirre Gabriela  
Barquera Cervera Simón  
Batis Ruvalcaba Carolina  
Bravo Ruvalcaba María Jocelyn  
Calvillo Unna Alejandro  
Carmona Barrón Vanessa Guadalupe  
Carriedo Lutzenkirchen Ana Ángela  
Collado López Sonia  
Contreras María Alejandra  
Espinosa Montero Juan  
Espinosa De Cándido Anabel Fiorella  
Fernández Ramos Teresa  
García Chávez Claudia Gabriela  
Hernández Barrera Lucía  
Hernández Ávila Mauricio  
Jaen Acosta Angélica Jocelyn  
Jáuregui De La Mota Alejandra  
Lara Castor Laura  
León Estrada Sandra Elizabeth  
López Ridaura Ruy  
López Rivas César  
Loredo Mayer Alejandro  
Madrid Hayashi Fernanda  
Martínez Ríos Isabel  
Martínez Vázquez Sophía Eugenia  
Medina García Catalina

Mendoza Cervantes Maria Del Rosario  
Monterrubio Flores Eric Alejandro  
Moody Alison  
Morales Zarate Maricruz  
Napier David  
Ordaz De La O Laura  
Orozco Núñez Emanuel  
Pacheco Miranda Selene  
Pantoja Itzayana Yabetzy  
Pedroza Tobías Andrea  
Pérez Rodríguez Marcela  
Ramírez Hernández Jorge  
Reynolds Rodney  
Rincón Gayardo Sofía  
Rivas Ruiz Rodolfo  
Rivera Dommarco Juan  
Rodríguez Flores Marcela  
Rojas Meyer Juan  
Sánchez Romero Luz María  
Shamah Levy Teresa  
Talavera Piña Juan Osvaldo  
Theodore Rowleron Florence Lise  
Tolentino Mayo Lizbeth  
Velasco Bernal Anabele  
Villafán González Diana  
Villanueva Borbolla María Ángeles  
Volkmann Anna



**Mind the Gap:**  
buscando soluciones creativas contra la obesidad

Se terminó de imprimir en mayo de 2015.  
El tiraje consta de 200 ejemplares.  
La edición estuvo al cuidado de la Subdirección  
de Comunicación Científica y Publicaciones  
del Instituto Nacional de Salud Pública

