

LA OBESIDAD EN ESPAÑA Y SUS CONSECUENCIAS

LA OBESIDAD EN ESPAÑA

Y SUS CONSECUENCIAS

Alicia Coduras Martínez
Juan del Llano Señarís
Jordi Gol-Montserrat



Edición: Fundación Gaspar Casal

Coordinación: Gema Pi Corrales

© Fundación Gaspar Casal

ISBN: 978-84-09-14631-4

Depósito Legal: M-30725-2019

Maquetación, impresión y encuadernación:

Impresión A2

Crta. M-506 – Km. 25,800 – Vía de Servicio

28320 - Pinto (Madrid)

Tabla de contenido

Presentación	7
Prólogo	9
Primera parte: Descripción y Análisis Cuantitativo de los Datos Relacionados Más Recientes	
1. Definición de obesidad	17
2. Elementos de diagnóstico del sobrepeso y de la obesidad	18
2.1. Indicadores de diagnóstico	18
2.2. Factores de riesgo	22
2.2.1. Factores genéticos y epigenéticos	22
2.2.2. Factores relacionados con el estilo de vida y factores ambientales	25
2.2.3. Factores fisiológicos y psicológicos	26
3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional	27
3.1. Introducción, fuentes e indicadores relevantes	27
3.2. Visión general	28
3.3. Índice de masa corporal medio en la Unión Europea	30
3.4. Prevalencia del sobrepeso en adultos en los países de la Unión Europea	34
3.5. Prevalencia de la obesidad en adultos en los países de la Unión Europea	36
3.6. Prevalencia del sobrepeso en niños de 5 a 9 años en los países de la Unión Europea	40
3.7. Prevalencia de la obesidad en niños de 5 a 9 años en los países de la Unión Europea	43
3.8. Prevalencia de sobrepeso en niños de 10 a 19 años en los países de la Unión Europea	46
3.9. Prevalencia de la obesidad en niños de 10 a 19 años en los países de la Unión Europea	49
3.10. Resumen de las medias de prevalencia de sobrepeso y obesidad en el ámbito de la UE	52

4. Datos epidemiológicos recientes en España	53
4.1. Introducción	53
4.2. Situación actual y evolución reciente del IMC en la población española de 18 y más años	53
4.3. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de sobrepeso en la población española de 18 y más años	55
4.4. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de obesidad en la población española de 18 y más años	58
4.5. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de sobrepeso en la población española infantil	62
4.6. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de obesidad en la población infantil española de 2 a 17 años	67
4.7. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de sedentarismo y otras variables relacionadas con el grado y tipo de actividad	71
4.7.1. Prevalencia y su evolución reciente, del sedentarismo en la población adulta española	71
4.7.2. Prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en menores	75
4.7.3. Tiempo medio diario dedicado por los menores de 16 años a actividades sedentarias en el hogar	77
4.7.4. Nivel de actividad física: porcentaje de adultos según el grado de intensidad con que practican alguna actividad físico-deportiva	78
4.7.5. Actividad física en edad escolar	82
4.7.6. Porcentaje de personas con 15 o más años que pasean para mejorar su forma física	85
4.8. Porcentaje de adultos que desayunan diariamente	87
4.8.1. Los datos del estudio ANIBES	88
4.8.2. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud	93
4.9. Indicadores sobre pautas recomendables de alimentación	95
4.9.1. Consumo diario de fruta fresca	96
4.9.2. Consumo diario de verdura, ensaladas y hortalizas	98
4.9.3. Otros datos de ámbito nacional acerca del consumo de fruta y verdura	99
4.9.4. Lactancia materna	101
4.9.5. Alimentación y cirugía bariátrica: recomendaciones pre y post quirúrgicas	102

4.10. Porcentaje de personas con acceso a iniciativas de promoción de una alimentación saludable y con acceso a actividades de promoción de la actividad física en el centro de trabajo	104
4.11. Porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas (PAB)	107
4.12. Incidencia de colesterol en la población	115
4.13. Morbilidad: diabetes	117
4.14. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio, por 10.000 hab	118
4.15. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular, por 10.000 hab	119
4.16. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10.000 hab	120
4.17. Tasas de hospitalización recientes de neoplasias asociadas al desarrollo del sobrepeso y la obesidad	121
4.18. Tasa de pobreza	125
4.19. Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior por CC.AA	126
4.20. Análisis de relaciones entre indicadores	128
4.21. Cirugía bariátrica: situación reciente en España	131
4.22. Conclusiones derivadas de los datos epidemiológicos	136
 5. La obesidad y la controversia en torno a su reconocimiento como enfermedad	 143
5.1. Introducción	143
5.2. El caso de Estados Unidos como referente	145
5.3. Argumentos a favor y en contra del reconocimiento de la obesidad como una enfermedad	147
5.4. Algunos pronósticos sobre la evolución de los problemas asociados con la obesidad a medio plazo a nivel mundial y en España	153
5.5. Soluciones que se barajan y en el plano internacional y en España en función de la situación actual y evolución pronosticada de la obesidad	157
5.5.1. Información relevante en el plano internacional	157
5.5.2. Información relevante en el caso de España	167

6. La Triple Meta y su aplicación a la obesidad	181
6.1. Qué se entiende por Triple Meta	181
6.2. ¿Cómo está progresando la implantación de la Triple Meta en el ámbito internacional, Europa y España?	185
6.3. ¿Qué puede aportar la aplicación de la Triple Meta al problema del sobrepeso y la obesidad?	188
6.4. Progresos en España	193

Segunda parte: Análisis Cualitativo

1. Justificación y objetivo	209
2. Método	209
3. Análisis del discurso del grupo de discusión	211
4. Hoja de ruta	278
Conclusiones	289
Bibliografía y referencias	293
Autores	301

PRESENTACIÓN

En España se estima que más de la mitad de la población mayor de 18 años tiene obesidad. Según los últimos datos recogidos por la Encuesta Europea de Salud, en nuestro país un 53% de las personas mayores edad está por encima de su peso recomendado; en concreto, un 36% tiene sobrepeso y un 17%, obesidadⁱ.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, y la Asociación Médica Americana, ya han reconocido a la obesidad como una enfermedad crónica ⁱⁱ, ⁱⁱⁱ, ^{iv}, compleja y multifactorial, ya que en ella intervienen factores de diversa naturaleza, como fisiológicos, psicológicos, ambientales, socioeconómicos y genéticos^v, que además dificultan su abordaje.

Esa dificultad es aún más acuciante cuando en España aún precisamos de un reconocimiento público por parte de las Autoridades sanitarias, que reconozca la obesidad como una patología crónica que requiere de un abordaje específico. Si bien España ya ha comenzado a tomar ciertas medidas al respecto de esta pandemia, adoptando medidas políticas como el etiquetado de alimentos voluntario en la parte frontal de los paquetes y restricciones sobre la publicidad, así como impuestos sobre las bebidas azucaradas, aún se podría hacer más desde el punto de vista de prevención y por supuesto, desde el punto de vista de su abordaje terapéutico, una vez instaurada.

El alcance que tiene ya esta patología ha llevado a organizaciones como la OCDE, a posicionarse y recomendar a las autoridades sanitarias que la inversión en la lucha contra la obesidad no solo es necesaria, sino que además genera un alto retorno. “En promedio, por cada euro que se invierte, se logra un retorno de hasta 6 euros en beneficios económicos” apuntan. En España, uno de cada 10 euros de gasto en salud se destina a la obesidad.

Concretamente, “el sobrepeso representa el 9,7 por ciento del gasto en salud”. Así lo asegura un informe^{vi} de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que ha puesto de manifiesto el importante desembolso económico que supone esta patología para los españoles, más allá de empeorar su salud y reducir su esperanza de vida en 2,6 años.

Por todo ello, es el momento de avanzar y poner medidas aquí y ahora. No solo trabajar en la prevención sino también en el abordaje. Reconociendo la obesidad

como una patología crónica que requiere de un manejo adecuado e introduciendo aquellas medidas terapéuticas necesarias, ya sean en la modificación del estilo de vida o incluyendo terapias eficaces y seguras, para mejorar la progresión y evolución de esta enfermedad.

Cuando, desde Novo Nordisk, hace más de 20 años comenzamos a investigar en obesidad, establecimos también un compromiso decidido para poner nuestros esfuerzos y nuestra atención en encontrar soluciones válidas para las personas con obesidad. Y hoy forman parte de nuestro compromiso y, por tanto, nuestra responsabilidad. Por eso, seguimos investigando, desarrollando, innovando. Mejorando las opciones terapéuticas en áreas como la de la obesidad con el fin último de proporcionar mejores y más largas vidas a las personas que conviven día a día con esta patología.

Pero en este camino no estamos solos. Necesitamos hacerlo con vosotros. Es responsabilidad de todos seguir mejorando la vida de los 17 millones de personas que conviven con obesidad en nuestro país. Y ahora podemos hacerlo. Tenemos ante nosotros una oportunidad de propiciar un cambio. Y no cejaremos en nuestro empeño mientras haya un paciente que nos necesite.

Mads W.O. Larsen

Director General, Novo Nordisk España

ⁱ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2014. Determinantes de salud: cifras relativas. Consultado: 29 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2014/p06/I0/&file=01001.px>

ⁱⁱ Garvey T. American Association of Clinical Endocrinologists. Endocr Pract 2014; 20.

ⁱⁱⁱ World Health Organization. Report of a WHO Consultation on Obesity. June 1997. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf) (Last accessed: 27 February 2015).

^{iv} American Medical Association (AMA). Declaration to classify obesity as a disease. Annual Meeting Report. 19 June 2013.

^v National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf (Last accessed 29.04.2015).

^{vi} 'La pesada carga de la obesidad (OCDE, 11.10.2019) https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en#page1

PRÓLOGO

Para un salubrista, redactar un prólogo sobre la obesidad y sus consecuencias en España ilusiona. Hace tiempo que se viene reclamando la atención sobre las dos epidemias del siglo XXI en los países de desarrollados: la depresión y la obesidad. Como nos contaba un alumno de origen cubano, de la edición 29 del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios en la clase de salud pública, no había oído hablar de la obesidad ni la depresión hasta llegar a España.

La obesidad, irónicamente junto con la desnutrición, son los problemas nutricionales más frecuentes en el mundo y representan un reto para la salud pública, por su asociación con el desarrollo de enfermedades crónicas y su consecuente carga de enfermedad atribuible a estas causas. Las evidencias disponibles destacan la creciente prevalencia de la obesidad, sobre todo en los últimos 30 años, que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a considerarla como una epidemia global. En Europa, la prevalencia se ha triplicado en las dos últimas décadas. España no escapa a esta tendencia, y las crecientes cifras de obesidad han afianzado el término «obesidad epidémica».

Reconocer la obesidad como una enfermedad crónica con severas complicaciones y no como un estilo de vida elegido puede ayudar a reducir el estigma y la discriminación que sufren muchos obesos. Sin embargo, la autodeterminación es vital para que los individuos tomen el control de sus vidas y así, decidan lo mejor para ellos. Etiquetar la obesidad como una enfermedad puede poner en riesgo la propia autonomía, desempodera y roba la motivación intrínseca a cambiar. Favorece el fatalismo y fomenta la falacia de que la genética es un destino.

En España, según el estudio ENPE (Estudio Nutricional y de Hábitos Alimentarios de la Población Española de 25 a 64 años) publicado en 2016, el 39,3% de la población tiene sobrepeso y un 21,6% obesidad. Nuestras cifras que utilizan como fuente el INCLASNS 2017 a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), son menores pero parecidas (37% y 17,43%) (Mayores de 18 años). Una investigación del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) de Barcelona, que ha revisado medio centenar de estudios sobre la prevalencia del exceso de peso en España (IMC entre 25 y 30), concluye que ocho de cada 10 hombres y casi seis de cada diez mujeres tendrán sobrepeso en 2030. Si la tendencia se mantiene España tendrá más de 27 millones de personas con exceso de peso

dentro de 11 años. Apunta que esta tendencia supondrá un sobrecoste de 3.000 millones de euros para el sistema de salud. La obesidad se está convirtiendo en una epidemia que puede llegar a reducir hasta en diez años la esperanza de vida de las personas que la padecen.

La cuantificación del impacto de la obesidad no es trivial, debido a la dificultad de estimar el riesgo de padecer alguna de las enfermedades crónicas que supone el exceso de grasa corporal. La obesidad y el síndrome metabólico habitualmente asociado en adultos, son entidades clínicas complejas y heterogéneas con un componente genético, cuya expresión está influida por factores ambientales, sociales, educativos, culturales y económicos, entre otros.

Parece claro que los obesos tienen una esperanza de vida reducida y que requieren la utilización de recursos sanitarios con mayor frecuencia y más intensidad que las personas no obesas, como señalamos en el análisis del discurso del Grupo de Discusión que hemos llevado a cabo.

El impacto individual, familiar y social de la obesidad es de gran relevancia, y es necesario subrayar que la obesidad como problema de salud de carácter epidémico no se distribuye de manera homogénea por razón de sexo, clase social, nivel de estudios ni zona de residencia (rural/urbana); por tanto, sus consecuencias negativas tampoco se distribuyen homogéneamente. En los obesos, operan el gradiente social y la ley del cuidado inverso, es decir, a mayor necesidad de salud, peor acceso y menor uso de los recursos disponibles con especial énfasis en las clases socioeconómicas más desfavorecidas.

Las causas directas de la obesidad residen en una dieta inadecuada y en la ausencia o insuficiencia de actividad física. Desde el fin de la segunda Guerra Mundial se vive una relación diferente con el entorno alimentario, lo que se ha llamado «transición nutricional», caracterizada por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Es útil tratar de identificar las vías o causas indirectas que afectan tanto a la dieta (ingesta calórica y composición) como a la actividad física (en la escuela, el trabajo y en el tiempo libre).

En los últimos 40 años en España hemos asistido a importantes cambios sociales y económicos, que han mejorado sustantivamente el estado nutricional. Sin embargo, los precios relativos de las frutas y las verduras, son superiores a los de productos ricos en grasas poliinsaturadas, por lo que los individuos con menos recursos los sustituyen. También el coste de comer en el hogar se ha incrementado frente al de comer fuera del hogar: nueva sustitución de comidas

más equilibradas en casa por comidas menos saludables fuera de ella. Adicionalmente, los cambios tecnológicos han afectado a la industria de la alimentación, aumentando la oferta de comida en general y de comida precocinada en particular. Uniendo esta situación con los cambios en los precios relativos de los alimentos no elaborados y los cambios en los usos del tiempo en las familias, el coste de oportunidad de preparar alimentos frescos no elaborados es notablemente superior al de hace unos años.

Otros cambios tecnológicos y sociales se manifiestan con notable influencia como causas indirectas que no han sido abordadas en el libro. En primer lugar, la mayor participación laboral femenina supone un aumento del número de parejas en que ambos miembros participan en el mercado de trabajo, sin que los varones hayan modificado sustancialmente su aportación al trabajo doméstico. Ello supone cambios relevantes en las decisiones familiares de reparto del tiempo entre el trabajo laboral, el trabajo doméstico y el ocio, incluyendo en el trabajo doméstico tanto el tiempo dedicado a la preparación de comida como el empleado en la educación y la atención a los hijos. En segundo lugar, cada vez hay más hogares con vehículo propio que sustituyen, en muchos casos, el caminar para desplazarse desde el hogar hasta el trabajo o para realizar actividades cotidianas, colegio, compra súper, ... En tercer lugar, la «terciarización» de la economía y la aplicación de nuevas tecnologías agrícolas, industriales y para el hogar reducen el nivel de exigencias físicas requerido para numerosas actividades profesionales en comparación con las labores desempeñadas por nuestros padres y abuelos. El mismo argumento se puede extrapolar al ámbito del trabajo doméstico.

Un mayor consumo de televisión y, sobre todo, de teléfonos inteligentes, tanto por parte de la población joven como de la población de más edad, junto a otros cambios hacia patrones de ocio sedentarios y, en suma, modificaciones en el uso del tiempo libre de las familias, pueden ayudar a explicar los cambios en la actividad física que estamos experimentando en los últimos años. Empeora pues la relación entre lo que entra y lo que sale en términos de calorías gastadas.

La identificación de la obesidad como problema y desafío está, por fin, empezando a reconocerse, tanto entre la sociedad como políticamente. España se encuentra en pleno desarrollo de políticas para disminuir sus efectos. Se formulan y ponen en marcha cada vez más planes de acción en el contexto de una política para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad que, lógicamente, exigen 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. Utilizar incentivos educativos y no educativos basadas en la teoría de Thaler (Premio Nobel de Economía en 2017) de los empujoncitos o acicates “*Nudges*”, puede ayudar.

La educación sanitaria, con mensajes bien elaborados, como estrategia casi universal frente al problema parece contundente al indicar que la solución está en el individuo y en su voluntad de reducir la ingesta y hacer más ejercicio físico. Y, sí, ésta se demuestra útil en edades muy tempranas de la vida (de 3 a 6 años) y en el marco de las guarderías. Sin embargo, los determinantes de la salud van mucho más allá de las intervenciones sanitarias y de las decisiones puramente individuales. Las políticas ambientales, sociales, laborales y, por supuesto, las educativas, entre otras, tienen una función que supera con creces la responsabilidad individual. Lógicamente, las decisiones de ingerir determinados alimentos en determinada cantidad, y de realizar o no actividad física, corresponden en último término a cada individuo, y por ello se deberá respetar el principio de libertad individual. Esto no supone, en cambio, caer en la ingenuidad de que en el análisis y las propuestas políticas no se deban considerar los factores del entorno, en sentido amplio. Así, respetando las decisiones individuales, los responsables públicos tienen el deber de informar a los ciudadanos sobre las consecuencias de sus acciones y de crear entornos propicios para que la población desarrolle hábitos saludables.

Una labor clave de la comunidad científica, demandada por la sociedad civil, es orientar las políticas saludables mediante el estudio y el análisis de las intervenciones que tendrían un resultado favorable en la prevención de la obesidad, de manera que el decisor público (y el privado) pueda asignar sus recursos del modo más eficiente posible a la hora de implementar políticas basadas en la evidencia. Así, antes de proponer aumentar los impuestos sobre ciertos tipos de alimentos o bebidas azucaradas, valdría la pena simular los impactos fiscales que ello tendría sobre las familias de rentas bajas para evitar indeseados problemas de regresividad; a la par que se refuerzan las políticas de control tabáquico, merecería la pena desarrollar incentivos para que las personas que deseen abandonar este hábito hagan más ejercicio; habría que premiar a las empresas que, además de promover la conciliación entre vida laboral y familiar, favorezcan el que sus empleados puedan optar por desarrollar una cierta actividad física; se debería reforzar el papel de la actividad física y de la alimentación en los planes de estudio de educación primaria, secundaria e incluso universitaria, y distinguir a los centros que concilien estas actividades con comedores escolares de calidad; habría que estudiar las estrategias óptimas de mejora de la educación

en salud de la población en general, así como de entrenamiento de los profesionales de la salud en relación con el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la obesidad; habría que diseñar incentivos para que los servicios de catering provean menús saludables, y promover las instalaciones deportivas comunitarias. Asimismo, los responsables públicos y las instituciones privadas deberían regular y supervisar los mensajes publicitarios relacionados con la alimentación, especialmente los dirigidos a población infantil. Además, se requieren mejores bases de datos como parte de un sistema encargado de suministrar información científica, accesible, objetiva y útil para la toma de decisiones, y fomentar el trabajo de equipos multidisciplinarios que integren enfoques salubristas y sociales. Muchas de estas iniciativas han ido tomando cuerpo en los últimos años, pero nos queda trabajo pendiente y, en el mejor de los casos sus resultados, tendrán efectos visibles a medio-largo plazo, ya que opera la paradoja de la prevención de Rose.

En suma, las posibles líneas de acción para prevenir la obesidad son casi ilimitadas, pero no así los presupuestos. El coste de oportunidad de desconocer la efectividad de las diversas opciones al alcance del decisor es que los recursos que se inviertan en medidas ineficaces no permitirán financiar las que realmente mejorarían el bienestar social. El libro que tiene en sus manos pretende ayudar a los decisores a plantear políticas públicas más eficientes.

Dr. Juan E. del Llano Señarís

Director, Fundación Gaspar Casal

PRIMERA PARTE:
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS CUANTITATIVO
DE LOS DATOS RELACIONADOS MÁS RECIENTES

1. Definición de obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo de las personas que puede ser perjudicial para la salud.

Aunque todavía no goza del reconocimiento como enfermedad en muchos países, entre los que se encuentra España, la OMS y la American Medical Association sí que le han otorgado hace unos años esa calificación de manera oficial (10, 11, 12). Para estos organismos, la obesidad es una enfermedad crónica, compleja, de incidencia creciente y multifactorial, esto último, por haberse constatado que en ella intervienen factores no sólo fisiológicos, sino también psicológicos, ambientales, socioeconómicos y genéticos.

La obesidad se produce cuando la ingesta calórica supera al gasto de energía de forma sostenida. Su efecto en cuanto a aumento de peso varía de una persona a otra porque el tipo de desequilibrio energético descrito puede ser debido a causas fisiológicas, psicológicas, ambientales o genéticas. A lo largo del tiempo, la ciencia ha ido identificando algunos de los factores fisiológicos como son los sistemas de control del apetito y las primeras experiencias vitales, que pueden ser esenciales en la aparición de la obesidad (13).

Sin embargo, la obesidad y el sobrepeso no sólo son objeto de atención debido a su alta prevalencia y crecimiento, sino porque se asocian a una disminución de la esperanza y calidad de vida y son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas entre las que se incluyen la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la dislipemia, la apnea obstructiva del sueño, problemas en la vesícula biliar y determinados tipos de cáncer (1, 13).

Recientemente, la OMS ha calificado a la obesidad como la epidemia del siglo XXI, ya que representa uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial. Esto está motivado por las crecientes dimensiones adquiridas en las últimas décadas en las que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha multiplicado por tres, afectando ya a más de la mitad de la población y siendo la tendencia al alza (8).

2. Elementos de diagnóstico del sobrepeso y de la obesidad

2.1. Indicadores de diagnóstico

Como en cualquier patología, el diagnóstico de la obesidad se basa en el examen físico y la historia médica específica del paciente.

Tradicionalmente, para saber si una persona padece este problema, se efectúa una medición del denominado índice de masa corporal (IMC en adelante) que se calcula a partir de la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso de la persona en Kg}}{(\text{Talla de la persona en m})^2}$$

Esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros.

La escala para interpretar el valor del IMC como indicador de sobrepeso y de obesidad es la siguiente:

Si el $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, la persona es considerada obesa

Si el $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, pero inferior a 30 kg/m^2 , la persona tiene sobrepeso

El IMC permite, además, determinar la severidad de la obesidad clasificando a los pacientes en cuatro tipos (I, II, III y IV) dependiendo de cuánto mayor que el valor de referencia del IMC (30 kg/m^2) sea el valor del indicador. Los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO en adelante) para definir el sobrepeso y la obesidad en adultos en función del IMC se muestran en la Tabla 1 (15).

Tabla 1. Criterios de la SEEDO para definir el sobrepeso y la obesidad en adultos en función del IMC

Clasificación	IMC (Kg/M ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso Grado I	25,0-26,9
Sobrepeso Grado II (preobesidad)	27,0-29,9
Obesidad de Tipo I	30,0-34,9
Obesidad de Tipo II	35,0-39,9
Obesidad de Tipo III (mórbida)	40,0-49,9
Obesidad de Tipo IV (extrema)	$\geq 50,0$

Fuente: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (15)

Sin embargo, el valor del IMC tiene limitaciones. Así, el indicador, no distingue entre masa grasa y masa magra (es decir, músculo), por lo que, en algunas personas, puede dar lugar a una subestimación o una sobrestimación de la grasa corporal (14). Para paliar esta limitación, desde hace algunos años, en las valoraciones clínicas del exceso de grasa corporal, a la medición del IMC se añade la medición de la cintura como parámetro que sirve para el diagnóstico de obesidad abdominal y que tiene una relación directa con la distribución regional de la grasa (15). Los valores de la medición de cintura que resultan en diagnósticos de obesidad abdominal son de 88 centímetros en el caso de la mujer y de 102 centímetros en el caso del hombre.

El IMC es considerado como el indicador más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, ya que se aplica por igual en ambos sexos y para los adultos de todas las edades. No obstante, debido a las limitaciones apuntadas, el IMC es un valor aproximado porque no se corresponde con el mismo nivel de grosor en diferentes personas. Así, con excepción de las personas que son muy musculosas, aquellas cuyo peso supera en un 20 por ciento o más el punto medio de la escala de peso según el IMC, son consideradas obesas (16).

En el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad. La Tabla 2 muestra los criterios comúnmente recomendados por la OMS acerca de este segmento de la población.

Tabla 2. Criterios para definir el sobrepeso y la obesidad en niños en función del IMC

Clasificación cuando se trata de niños menores de 5 años
El sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS
La obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS
Clasificación cuando se trata de niños de 5 a 19 años
El sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS
La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: Madrid Salud (8)

Además de los criterios expuestos, recientemente se han publicado nuevos avances acerca de las limitaciones del IMC y las soluciones para superarlas. Entre ellos destaca la investigación debida a los doctores Woolcott y Bergman del Centro de Investigación y Bienestar Sports Spectacular Diabetes and Obesity en Cedars-Sinai Medical Center en Los Angeles, California y publicada en Julio de 2018 (16).

El punto de partida del estudio de los doctores Woolcott y Bergman fue el saber que el IMC es ampliamente utilizado para evaluar la gordura corporal, a pesar de que su precisión es limitada para estimar el porcentaje de grasa corporal. Así, consideraron que sería de gran importancia hallar alternativas simples y de bajo costo al IMC que tuviesen una mayor precisión diagnóstica para la obesidad en ambos sexos, por lo que abordaron el examen de más de 300 fórmulas posibles para estimar la gordura del cuerpo, utilizando una gran base de datos de 12.000 adultos que participaron en una encuesta sobre salud y nutrición realizada por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).

En el siguiente paso, los investigadores calcularon la masa relativa de grasa para 3.500 pacientes y compararon los resultados con los obtenidos aplicando el escáner DXA cuya tecnología de alta gama lo califica como uno de los más especializados y precisos para medir tejido corporal, hueso, músculo y grasa. Los resultados condujeron a la adopción de una fórmula concreta como la mejor. Esta nueva fórmula ha sido denominada índice de masa grasa relativa (The relative fat mass index, o RFM por sus siglas en inglés) y se basa únicamente en la relación entre la altura y la cintura:

$$\text{Hombres: } 64 - (20 \times \text{Altura/Cintura}) = \text{RFM}$$

$$\text{Mujeres: } 76 - (20 \times \text{Altura/Cintura}) = \text{RFM}$$

Según los autores del estudio, la fórmula predice mejor el porcentaje de grasa corporal total en hombres y mujeres comparada con el IMC y las pruebas realizadas hasta la fecha con la misma, resultaron en un menor número de casos de clasificación errónea para categorías de obesidad en ambos sexos y en todos los grupos étnicos probados.

Sin embargo, falta mucho hasta que la OMS y otros organismos puedan decidir la sustitución del IMC por esta fórmula. Los autores expusieron en diversas entrevistas que todavía tienen que realizar la validación del RFM en estudios longitudinales sobre grandes poblaciones para identificar qué intervalos de porcentajes de grasa corporal pueden considerarse normales o anormales en relación con los problemas serios de salud asociados con la obesidad. Por consiguiente, para este índice no existe todavía una escala consensuada al estilo de la presentada en la Tabla 1, y tampoco se advierte si hay consideraciones especiales acerca de su aplicación para niños, ya que sólo parece haberse probado en adultos.

Otros expertos, como el doctor Lee Kaplan, director del Instituto de Obesidad, Metabolismo y Nutrición del Hospital General de Massachusetts en Boston dijo en una entrevista a Medscape Medical News que, aunque la estimación del RFM de la masa de grasa corporal podría ser útil como herramienta de investigación, duda de que sea más útil que el IMC en la práctica clínica de la vida real. Así, señala que, aunque el IMC se utiliza para identificar y clasificar a los pacientes que son obesos, los médicos deben considerar cuál es el efecto del exceso de peso en la salud del paciente, tema que no abordan ni el IMC ni el RFM. La pregunta clave a responder por los médicos según Kaplan es: ¿se asocia una mayor RFM o un mayor IMC con peores resultados? Y, por el momento ninguna de ambas medidas puede responderla, de manera que, aunque es interesante que el índice RFM sea más consistente que el IMC en la predicción del porcentaje de grasa en todo el cuerpo en hombres y mujeres, ello no implica que necesariamente sea tan importante clínicamente.

Ahondando en el tema, el doctor Kaplan señaló que lo que predice resultados adversos en pacientes con obesidad no es el porcentaje de grasa corporal que tienen, sino su distribución. Así, explicó que la grasa corporal central se asocia con la diabetes, la enfermedad del hígado graso y todo tipo de anormalidades metabólicas en mayor medida que la grasa corporal periférica. Un doctor, tomará sus decisiones clínicas basándose en el hecho de que el paciente tiene resultados adversos como diabetes, apnea del sueño u otros y no en función de su porcentaje de grasa corporal.

Finalmente, el doctor indicó que el otro obstáculo principal para incorporar el índice RFM a la práctica clínica es el hecho de que se basa en una medición muy precisa de la circunferencia de cintura de un paciente, medición que es razonablemente precisa cuando se lleva a cabo en una situación de ensayo clínico, pero que puede no serlo tanto en una situación de práctica clínica donde no hay personas suficientemente entrenadas en la forma exacta de hacerlo, corriéndose el riesgo de obtener grandes diferencias en función de cómo y dónde la midas.

En conclusión, el RFM puede llegar a ser una gran herramienta epidemiológica, pero de momento, no hay nada que indique que clínicamente va a superar al IMC (7).

2.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados con la obesidad son de diversos tipos y no sólo constituyen un elemento clave del diagnóstico, sino que pueden ser determinantes en la toma de decisiones clínicas acerca del tratamiento de los pacientes. En general, se dividen en dos grandes grupos: los de índole genética y los asociados a los estilos de vida, pero también hay que considerar los fisiológicos, psicológicos y los ambientales.

2.2.1. Factores genéticos y epigenéticos

La obesidad tiene un componente genético sustancial y es un factor de riesgo significativo (12). Desde hace bastantes años, se ha demostrado que la obesidad común y los fenotipos relacionados con ella tienen un componente genético significativo existiendo amplia evidencia de la influencia de múltiples genes en el desarrollo de esta enfermedad. Entre otros hallazgos, el estudio de la genética de la obesidad ha demostrado que la predisposición a su desarrollo está muy probablemente relacionada con los mecanismos que regulan el apetito y el gasto de energía. Según algunos estudios, los orígenes de la obesidad pueden rastrearse en las familias, incluso aunque los miembros de éstas no vivan juntos (18,19). Asimismo, la obesidad en edades tempranas ha constituido un hallazgo de importancia porque ha sugerido e impulsado la búsqueda de elementos asociados como el retardo en el desarrollo, dismorfias y otros. Sin embargo, los casos de obesidad derivados de alteraciones cromosómicas o condiciones monogénicas en humanos representan una muy pequeña proporción de los casos de obesidad y sobrepeso (17).

Al componente genético, actualmente, hay que unir el epigenético cuya ciencia se refiere a las modificaciones en el ADN que activan y desactivan genes. Dichas modificaciones no producen cambios en la secuencia del ADN, sino que influyen en los mecanismos de las células en cuanto a su lectura de los genes. Los factores epigenéticos pueden deberse a la exposición a factores ambientales externos. Así, por ejemplo, en un feto, durante la estancia en el útero, factores externos como son la dieta, el tabaquismo u otros, pueden influir en su desarrollo dando lugar a un cambio epigenético que, dependiendo de cuál sea el caso, pueden estar en el origen y desarrollo de una obesidad (12).

Actualmente, se está avanzando rápidamente en la identificación de algunos de los genes relacionados con el desarrollo de la obesidad. Diversos estudios

los han situado, especialmente dentro del sistema leptina-melanocortina, que regula el control del apetito y el peso corporal. Del análisis se desprende que mutaciones en diversos genes de esta ruta molecular dan lugar a formas monogénicas (causadas por mutaciones en un único gen) de la obesidad. No obstante, de momento, este tipo de mutaciones sólo explica un porcentaje muy bajo de los casos observados, lo que sugiere que debe haber otros mecanismos implicados (20).

Otro importante avance se anunció a principios del año 2018. Así, la Revista Genética Médica publicó un artículo online, en el cual dio información acerca de tres estudios médicos publicados en la revista Nature Genetics que acababan de identificar el papel del gen ADCY3 en el desarrollo de la obesidad. Los tres estudios (dos dirigidos por el Imperial College y otro llevado a cabo en la Universidad de Copenhague) señalaban al gen ADCY3 como proteína implicada en el desarrollo de la obesidad y planteaban su posible utilidad en el diseño de su tratamiento. Asimismo, los tres estudios pusieron énfasis al igual que otros algo más alejados en el tiempo acerca de que en la pérdida o ganancia de peso y en el desarrollo de la obesidad no sólo intervienen la dieta o la actividad física, sino que los factores hereditarios también pueden tener un papel significativo (21,22, 23).

El primero de estos estudios, dirigido por un equipo del Imperial College London, identificó cambios genéticos relacionados con la obesidad en el 30% de los afectados por esta condición en una muestra de familias con un elevado grado de consanguinidad. El estudio genético de familias consanguíneas facilita la identificación de mutaciones poco frecuentes responsables de algunas enfermedades porque, en este tipo de familias, si ambos padres tienen parentesco, la probabilidad de que ambos sean portadores de una misma mutación es mayor. Esto, a su vez, incrementa la probabilidad de que la descendencia herede dos copias de la mutación, lo que aumenta las posibilidades de desarrollar una enfermedad.

El primer estudio fue ampliado por el mismo equipo del Imperial College London realizando un análisis completo del exoma, que es la parte del genoma que codifica las proteínas, en 138 pacientes con obesidad severa de aparición temprana y 118 familiares, de forma que todas las personas sometidas a análisis pertenecían a familias consanguíneas. El equipo de investigación halló que cuatro de los pacientes eran portadores de mutaciones raras en el gen ADCY3. Se trata de un gen que codifica para una proteína que pertenece a una familia

de enzimas responsables de catalizar la síntesis de AMP cíclico, molécula que actúa como mensajero secundario en diferentes procesos biológicos. El equipo analizó la estructura de la proteína ADCY3 y estudió el posible efecto de las mutaciones identificadas encontrando que desestabilizan el dominio catalítico de ADCY3 y llevan a la pérdida de función de la proteína. Asimismo, también tuvieron conocimiento de otros dos grupos de investigación que habían descrito otros dos casos de pacientes con obesidad que presentaban mutaciones en el gen ADCY3.

La continuación de los estudios en animales de laboratorio acerca de la ganancia o pérdida del gen ADCY3 ha llevado a los investigadores a considerar que las mutaciones en este gen pueden interferir en diferentes rutas moleculares relacionadas con la proliferación y diferenciación de adipocitos o procesos relacionados con la síntesis o metabolismo de los lípidos. Los datos y conclusiones sugieren que el papel de ADCY3 sobre la regulación de la adiposidad y peso corporal podría ser similar en humanos y han conducido a la elaboración de compuestos farmacológicos dirigidos a modificar o modular la actividad de este gen que podrían resultar en una respuesta positiva para algunos pacientes con obesidad (21).

En paralelo, el segundo estudio llevado a cabo en la Universidad de Copenhague describió una variante del gen ADCY3 que se asoció a un aumento en el riesgo a desarrollar obesidad y, como enfermedad asociada, la diabetes de tipo 2. El estudio analizó el genoma de alrededor de 5.000 habitantes de Groenlandia (que representan un 9% de la población), encontrando una variante de ADCY3 que altera el procesado del ARN mensajero del gen y produce una disminución de su expresión en un 4.4% de la población.

En las personas que portaban una copia de la variante se apreció un mayor peso y tamaño de la circunferencia que en el resto de la población y, además, un 11% de ellas tenían diabetes, superando significativamente el 7% observado en aquellos que no eran portadores de la variante. A todo lo anterior, hay que añadir que los investigadores identificaron a siete personas en las que las dos copias del gen presentaban la variante que disminuye la expresión de ADCY3. Estas siete personas mostraban un porcentaje de grasa corporal un 8.5% mayor y 17 centímetros más respecto a la circunferencia de la cintura (22).

Los resultados de los dos primeros estudios abren una vía sólida y esperanzadora acerca de un tipo de conocimiento que podría ser utilizado para desarrollar

nuevos fármacos en relación con la obesidad, y también con la diabetes de tipo 2 cuando está asociada.

Sin embargo, un tercer estudio dirigido por la Universidad de California en San Francisco logró un paso más, mostrando cómo el gen ADCY3 podría intervenir en el trastorno energético. Así, este equipo investigador ha observado que la proteína MC4R, componente del sistema hipotalámico mediado por la melancortina que regula la ingesta de alimento y gasto de energía, se localiza junto con ADCY3 en los cilios de un conjunto de células del hipotálamo. En su trabajo, los analistas describieron cómo mutaciones en MC4R relacionadas con la obesidad alteran la localización de la proteína e inhiben la señalización mediada por ADCY3. Todo ello sugiere que la función del gen ADCY3 en los cilios parece tener un papel relevante en la correcta señalización del circuito nervioso asociado a la regulación de la ingesta y el gasto de energía del organismo (23).

2.2.2. Factores relacionados con el estilo de vida y factores ambientales

Son los factores que, tradicionalmente más se han asociado con el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. Así, el aumento de la ingesta de energía en forma de kilocalorías y la disminución de su gasto, en forma de sedentarismo, son sin duda dos factores de riesgo ampliamente reconocidos. Controlar el mantenimiento del peso logrando un equilibrio entre la energía consumida y la energía gastada constituye una de las pautas de prevención del sobrepeso y la obesidad más recomendables.

En las últimas décadas, y a nivel mundial, asistimos a un incremento paralelo de la ingesta de alimentos ricos en energía y a una disminución de la actividad física. Esto se asocia a los estilos de vida, especialmente en países desarrollados, donde la oferta de este tipo de productos ricos en calorías es muy amplia, asequible e incluso cómoda, dado que se asocia también a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, el comer fuera de casa, el aumento de la urbanización, e incluso de los medios de transporte.

Los cambios ambientales y sociales se han producido con gran rapidez y, a pesar de que muchos y reputados especialistas advirtieron de las consecuencias en la dieta y la actividad física de las personas, los nuevos patrones de comportamiento que se han impuesto con relativa facilidad. Una mayor prevención mediante políticas de regulación de estos cambios en los sectores más afectados, como son la sanidad, el transporte, la planificación urbanística, el medio

ambiente, la agricultura, el procesado, distribución y marketing de los alimentos y, por supuesto, la educación, habría podido amortiguar o impedir la implantación masiva de estos. Ahora, ante su amplia dispersión, va a ser necesario un largo camino y esfuerzo para revertir la situación.

2.2.3. Factores fisiológicos y psicológicos

A lo largo del tiempo, la ciencia ha ido identificando algunos de los factores fisiológicos como son los sistemas de control del apetito y las primeras experiencias vitales. Actualmente, se sabe que existen características fisiológicas individuales que llevan a algunas personas a comer cantidades excesivas de alimentos. Las personas que alcanzan un estadio de obesidad tienen un riesgo tres veces mayor que las que no tienen obesidad de padecer diabetes. La relación entre obesidad y diabetes surge habitualmente porque la grasa proporciona energía a los músculos en detrimento de la glucosa, provocando un aumento de la glucemia. En estos casos, el páncreas segrega insulina en exceso para tratar de reducir el aumento de glucemia, llegando a veces a un punto de estancamiento por no poder producir la suficiente para regularla, lo que conduce al desarrollo de hiperglucemia y de la diabetes. El riesgo de padecer esta concomitancia es elevado y conduce a muchos pacientes a consulta y atención médica, pero no todas las personas con obesidad la desarrollan por lo que una parte sigue con una ingesta alta de alimentos que los va dirigiendo hacia la obesidad mórbida.

Algunas personas comen de manera irregular por motivos emocionales, pero alcanzar un valor del IMC superior a 40 está asociado a una combinación de factores entre los que se hallan los de tipo fisiológico. Así, en nuestro organismo se dan señales complejas que le ordenan al cuerpo aumentar la ingesta, hacer reservas o disminuir el ritmo del metabolismo, y en ocasiones, algunas personas, aunque intenten bajar de peso no pueden controlarse porque su organismo les pide seguir ingiriendo comida. La cirugía bariátrica o seguir un tratamiento con medicamentos prescritos por un especialista médico para bajar de peso, se cuentan entre las mejores opciones que tienen las personas afectadas por estos trastornos de conducta. A lo largo del tratamiento, estos pacientes deben estar acompañados siempre de un tratamiento integral con la intervención de psicólogos y psiquiatras, entre otros especialistas.

En el ámbito de la psiquiatría, se ha determinado que comer es una necesidad, pero cuando se convierte en un placer, o en una gratificación porque la persona se siente alegre o triste, se puede iniciar un problema de perder el control en la

ingesta de alimentos. En este sentido, algunos psiquiatras identifican ciertos casos de desarrollo de la obesidad con trastornos psiquiátricos dado que la comida como gratificante se convierte en una adicción por la liberación de dopamina asociada al estímulo. En estos casos, la búsqueda de comida se transforma en similar a la búsqueda de una droga para que la persona se sienta mejor.

3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional

3.1. Introducción, fuentes e indicadores relevantes

Esta sección recoge las diferentes fuentes de datos internacionales y nacionales, que ofrecen información para conocer la situación nutricional y estilos de vida de la población y la evolución de la obesidad y los resultados más recientes disponibles acerca de los principales indicadores en este apartado. Así, en primer lugar, las fuentes de datos más representativas a nivel internacional son las siguientes:

Internacionales:

- Global Health Observatory data repository, World Health Organization. Link: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.BMIPLUS2C10-19v?lang=en>
- Base de datos mundial sobre la ejecución de intervenciones nutricionales (GINA). Enlace: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subdetalle/datos_estadisticas.htm
- Base de datos sobre nutrición, obesidad y actividad física de la OMS/Europa (NOPA)
- Datos y estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Encuesta Europea de Salud (EES)
- Eurostat
- Indicadores de salud de la Comunidad Europea (ECHI)
- Recurso educativo ofrecido por la Coalición de Acción contra la Obesidad (OAC por sus siglas en inglés): <https://www.obesityaction.org/get-educated/public-resources/brochures-guides/entendiendo-la-obesidad/>

Por otro lado, las principales fuentes de información a nivel nacional son las siguientes:

- Indicadores clave del sistema nacional de salud (INCLASS). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

- Encuesta Nacional de salud, Instituto Nacional de Estadística de España
- Encuesta Europea de salud, Instituto Nacional de Estadística de España
- Observatorio de la Nutrición y del Estudio de la Obesidad. Agencia Española de Consumo Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Enlace: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/sub-detalle/SIVFRENT.htm>
- Sociedad Española del Corazón. Enlace: <https://fundaciondelcorazon.com/>
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Enlace: <https://www.seedo.es/index.php/quienes-somos/la-sociedad>
- Asociación de Obesidad Familia y Entorno (ASOFE)
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEE). Enlace: <https://www.asofe.org/>

3.2. Visión general

La obesidad es considerada como una de las epidemias más graves que nuestra sociedad está sufriendo en el siglo XXI. La evaluación de la magnitud de la obesidad es un elemento fundamental para mejorar su conocimiento y para estimular una respuesta adecuada de las autoridades sanitarias.

Por este motivo, la Región Europea de la OMS impulsó, tras la Conferencia Ministerial Europea contra la Obesidad, la Iniciativa COSI para la vigilancia de la obesidad infantil en Europa (WHO EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE- COSI) con el objetivo de conseguir que todos los Estados Miembros tuvieran un sistema armonizado de vigilancia de la obesidad infantil. Para ello se estableció una metodología común (diseño, trabajo de campo, protocolos de toma de datos, etc.) que facilitara la comparabilidad de la información entre los diferentes países, por lo tanto, mejorase la evaluación de las políticas y medidas llevadas a cabo.

Para la vigilancia de las tendencias de sobrepeso y obesidad, la OMS ha establecido que se mida y pese a los niños de edades entre 6 y 9 años, ya que en ese rango de edad se reducen las posibles diferencias atribuibles a la edad de aparición de la pubertad y la prevalencia de la obesidad es especialmente preocupante en la infancia. Además, se considera que es una edad en la que se puede intervenir y educar para prevenir la aparición de obesidad y adquirir buenos hábitos de vida saludables.

España es uno de los 25 países que en la actualidad forman parte de esta iniciativa, y participó desde su inicio en el diseño. Se incorporó a partir de la segunda oleada del COSI (2009/2010) con el Estudio ALADINO 2011 que responde al acrónimo de Estudio de Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad. Posteriormente se ha llevado a cabo una tercera oleada del COSI (2012/2013), a la que España también se ha unido con el Estudio ALADINO 2013.

Actualmente, se está desarrollando el nuevo Estudio ALADINO 2015 con motivo de la cuarta oleada de la Iniciativa COSI.

La Región Europea de la OMS ya ha publicado el primer informe sobre la aplicación del COSI que corresponde a la primera oleada de recolección de datos (años escolares 2007/2008 y 2009/2010) en 16 países participantes, y además se han generado numerosas publicaciones científicas con información relevante sobre la obesidad infantil y sus factores determinantes.

Por otro lado, según datos de la OMS (1), desde 1975 la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo. A pesar de que la obesidad puede prevenirse, en el año 2016:

- Más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos
- El 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas
- 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos
- Más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) tenían sobrepeso u obesidad
- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal

Hasta hace pocos años, el sobrepeso y la obesidad se consideraban un problema más bien propio de los países desarrollados, especialmente entre las clases con ingresos altos. Sin embargo, esta creencia es cada vez menos respaldada por los datos que señalan que ambos trastornos aumentan progresivamente en los países de ingresos medianos y bajos, especialmente en entornos urbanos. En África se estima que el número de menores de cinco años con sobrepeso ha

aumentado cerca de un 50% desde el año 2000. Por otro lado, el año 2016 se estimó que cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad se ubicaban en Asia.

En lo que atañe a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños mayores de cinco años y adolescentes hasta diecinueve años, se estima que ésta ha aumentado desde un 4% en 1975 a más del 18% en 2018, y que lo ha hecho de forma similar en ambos sexos: un 18% de niñas y un 19% de niños con sobrepeso en 2016. Si se atiende únicamente a la obesidad, el aumento registrado en este tramo de edad evoluciona de un 1% en 1975 a un 6% de niñas y un 8% de niños con un total aproximado de 124 millones de afectados.

Actualmente, en general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal, y ello se da en todas las regiones del mundo excepto en algunas partes del África subsahariana y de Asia.

En las siguientes secciones se proporcionan análisis descriptivos de los principales indicadores relacionados con el sobrepeso y la obesidad para la zona de la Unión Europea, en la cual se halla inmersa España, y algunos países de referencia.

3.3. Índice de masa corporal medio en la Unión Europea

Los datos más recientes publicados por la OMS acerca de la media del IMC para los países de todo el mundo son del año 2016. En la Tabla 3, se muestra el ranking de este indicador para los países que integran la Unión Europea. La media que se obtiene para la zona en su conjunto es de 26,4 kg/m² para el total de la población, de 27 kg/m² para la población masculina, y de 25,8 kg/m² para la femenina, todas ellas de 18 y más años. Teniendo en cuenta que los valores de referencia de clasificación del sobrepeso y de la obesidad son de 25 kg/m² y 30 kg/m² respectivamente, la conclusión es que, por término medio, los países de la UE tienen un problema de sobrepeso en la población que, en un porcentaje significativo de casos está derivando hacia la obesidad. Así, de 28 países, 13 (un 46,43%), tenían un IMC medio por encima de la media de la UE, mientras que 4 (un 14,29%) tenían un IMC medio coincidente con la media de la UE y 11 (un 39,29%), tenían un IMC medio por debajo de la media de la UE.

Dentro de la UE, la media más elevada del IMC en el año 2016 la ostentó Irlanda, con un valor de 27,5 kg/m² para el conjunto de la población, de 27,9 kg/m² para

la población masculina, y de 27 kg/m² para la población femenina. Teniendo en cuenta que, en el año 2006, en Irlanda, estos valores fueron respectivamente de 26,8 kg/m², 27,3 kg/m² y 26,4 kg/m², se puede afirmar que el problema no ha aminorado, sino que tiende a agravarse. Por otro lado, la media más baja del IMC en el año 2016 se dio en Francia, con un valor de 25 kg/m² para el conjunto de la población, de 25,9 kg/m² para la población masculina y de 24,2 kg/m² para la población femenina. Dado que, en el año 2006, en Francia, estos valores fueron respectivamente de 25 kg/m², 25,6 kg/m² y 24,4 kg/m², se puede afirmar que, en este país el sobrepeso está bastante controlado y, por el momento, en una década, sólo tendió a agravarse en la población masculina.

Los indicadores de España situaron a nuestro país en la posición 22 entre los 28 estados miembros, posición que es relativamente buena teniendo en cuenta que el valor menos favorable lo tiene el país que ocupa el primer puesto de la lista. El valor medio para el conjunto de la población española fue de 25,9 kg/m², mientras que para la población masculina fue de 27 kg/m² y para la femenina, de 24,8 kg/m². Los datos evidencian un problema de sobrepeso, que es más grave entre los hombres que entre las mujeres, ya que su media queda por debajo del umbral de sobrepeso situado en 25 kg/m². Los datos para España en el año 2006 fueron de 26,2 kg/m² para el conjunto de la población y de 26,9 kg/m² y 25,5 kg/m² para las poblaciones masculina y femenina respectivamente. Por consiguiente, tras una década, se puede concluir que la situación apenas ha mejorado en España al reducirse en 0,3 puntos la media del IMC. Además, esta mejora se ha dado gracias a un menor IMC medio entre las mujeres (con una disminución de 0,7 puntos), mientras que, en el caso de los hombres, la situación se ha deteriorado un poco más (con un aumento de la media del IMC de 0,1 puntos).

La Tabla 3 se completa con datos de referencia de los países que mostraron la media de IMC más alta y baja respectivamente y con la media de Estados Unidos. Las Islas Cook arrojaron un IMC medio de 32,9 kg/m², el más elevado del ranking mundial en 2016, y Madagascar un IMC medio de 21,3 kg/m², el más bajo de la misma lista. Estados Unidos dio un valor de 28,9 kg/m² para el conjunto de la población, quedando 2,5 kg/m² por encima de la media de la UE. El problema medio de sobrepeso cercano ya a la obesidad en este país es manifiesto y con un impacto similar en las poblaciones masculina y femenina. El valor medio del IMC en el año 2006 para los Estados Unidos fue de 28,2 kg/m² para el conjunto de la población, y de 28,3 kg/m² y 28,1 kg/m² para las poblaciones masculina y femenina, valores que evidencian que una década después, el problema de sobrepeso y obesidad ha seguido agravándose en el conjunto

de la población. Los datos de la Tabla 3 señalan que la población masculina de todos los países de la UE tiene una media de IMC superior a la de la femenina, siendo Eslovenia, el Reino Unido y Rumania los que tienen un problema de casi igual magnitud en ambos sexos. Además, los tres países arrojan IMC medios por encima de la media europea. Sin embargo, el IMC medio no es un indicador de prevalencia, sino más bien de estado, por lo que sus valores no nos informan acerca de la magnitud o extensión de los problemas de sobrepeso u obesidad en la población. En los próximos apartados se muestran los *rankings* más recientes publicados por la OMS acerca de la prevalencia de ambas patologías.

3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional

Tabla 3. IMC medio total y por sexo en kg/m², estimado en los países de la UE el año 2016

PAÍS	AMBOS SEXOS 18+	HOMBRE 18+	MUJER 18+
Irlanda	27,5	27,9	27,0
Croacia	27,4	28,0	26,8
Hungría	27,3	28,2	26,4
República Checa	27,1	27,9	26,2
Grecia	27,1	27,5	26,7
Malta	27,1	27,7	26,3
Reino Unido	27,1	27,3	27,0
Rumania	26,9	27,0	26,8
Chipre	26,8	27,5	26,0
Letonia	26,7	27,0	26,2
Polonia	26,7	27,4	25,9
Alemania	26,6	27,3	25,8
Eslovenia	26,6	26,6	26,5
Bulgaria	26,4	27,1	25,7
Estonia	26,4	26,9	25,9
Lituania	26,4	27,0	25,8
Eslovaquia	26,4	27,3	25,5
Luxemburgo	26,3	27,0	25,6
Bélgica	26,1	26,6	25,6
Suecia	26,0	26,7	25,4
Finlandia	25,9	26,4	25,5
España	25,9	27,0	24,8
Italia	25,6	26,5	24,7
Austria	25,6	26,5	24,6
Países Bajos	25,6	26,0	25,1
Portugal	25,6	26,1	25,1
Dinamarca	25,3	26,2	24,4
Francia	25,0	25,9	24,2
Media de la UE	26,4	27,0	25,8
Otros países de referencia	AMBOS SEXOS 18+	HOMBRE 18+	MUJER 18+
Islas Cook (Máximo)	32,9	32,7	33,1
EEUU	28,9	28,8	28,9
Madagascar (Mínimo)	21,3	21,5	21,1

Fuente: OMS, enlace: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A904?lang=en>

3.4. Prevalencia del sobrepeso en adultos en los países de la Unión Europea

En el año 2016, la prevalencia de sobrepeso en la población adulta, estimada como porcentaje de personas de 18 y más años que tienen un IMC igual o superior a 25 kg/m², podía ya considerarse como dramática en la Unión Europea, pues los 28 países que la integraban muestran tasas por encima del 58% (ver Tabla 4).

En todos los países, la prevalencia es superior en las poblaciones masculinas comparadas con las femeninas, tal y como apuntaba el análisis descriptivo de la media de IMC (ver Tabla 3).

La prevalencia media del sobrepeso en la UE alcanza ya un 63,1%, siendo 11 (39,28%) los países que la superan y 17 (un 60,71%) los que quedan algo por debajo de ella.

Malta es el país que muestra la mayor tasa sobre la población total, con un 70% de casos. Le sigue España, con una desfavorable segunda posición equiparada a la del Reino Unido, con una tasa del 67,2% de casos. La tasa mínima es para Austria con un también preocupante 58,1%.

Once países de 28 muestran tasas superiores al 70% en la población masculina, siendo el máximo para la de Malta con un 76,2% que supera incluso a la de Estados Unidos. España también se halla en este grupo con una tasa del 73,6%. En cambio, todas las tasas de población femenina quedan por debajo del 64%, siendo la más desfavorable para Malta con un 63,9% y la más favorable la de Austria, con un 51,3%. España tuvo una tasa del 61% para su población femenina en el año 2016, la quinta cifra entre las más elevadas en la UE en este apartado.

Por comparación, el país que tiene una menor prevalencia de casos de sobrepeso es Timor-Leste, con una tasa del 17,9% sobre el total de población de 18 y más años y unas tasas del 15,6% y del 20,2% sobre las poblaciones masculina y femenina de la misma edad. Asimismo, el país con mayor prevalencia es Nauru con un dramático 87,9% sobre el total de la población, y unas tasas sobre población masculina y femenina de 87,6% y 88,3%, respectivamente. Estados Unidos, uno de los países desarrollados más afectados, arrojó una tasa del 70,2% sobre población total y del 74,8% y del 65,8% sobre las poblaciones masculina y femenina, respectivamente.

3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional

Tabla 4. Estimación bruta de la prevalencia de sobrepeso en la población de 18 y más años de los países de la Unión Europea en 2016, como porcentaje de individuos que tienen un valor de IMC superior o igual a 25 kg/m²

	% sobre población total de 18+	% sobre población masculina de 18+	% sobre población femenina de 18+
Malta	70,0	76,2	63,9
España	67,2	73,6	61,0
Reino Unido	67,2	71,8	62,7
Grecia	67,1	72,4	62,0
República Checa	66,7	73,3	60,3
Bulgaria	66,3	73,0	60,2
Hungría	65,4	72,8	59,0
Croacia	64,3	70,0	59,1
Bélgica	64,1	71,4	57,2
Italia	64,1	70,1	58,6
Irlanda	63,6	69,0	58,3
Francia	62,9	70,0	56,0
Lituania	62,9	64,8	61,3
Alemania	62,8	69,7	56,2
Países Bajos	62,6	69,3	56,1
Finlandia	62,5	69,3	56,1
Polonia	62,4	68,8	56,7
Portugal	62,3	67,3	57,6
Letonia	61,7	63,7	60,1
Luxemburgo	61,7	69,6	54,0
Rumania	61,4	67,6	55,8
Chipre	60,8	66,6	54,8
Eslovenia	60,7	66,5	55,0
Estonia	60,4	62,8	58,4
Suecia	59,9	67,3	52,8
Eslovaquia	59,7	66,7	53,3
Dinamarca	59,2	67,0	51,6
Austria	58,1	65,3	51,3
Media de la UE	63,1	69,1	57,5
Otros países de referencia	% sobre población total de 18+	% sobre población masculina de 18+	% sobre población femenina de 18+
Timor-Leste	17,9	15,6	20,3
EEUU	70,2	74,8	65,8
Nauru	87,9	87,6	88,3

Fuente: OMS, enlace: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.BMI25Cv?lang=en>

3.5. Prevalencia de la obesidad en adultos en los países de la Unión Europea

En el año 2016, la prevalencia de obesidad en la población adulta, estimada como porcentaje de personas de 18 y más años que tienen un IMC igual o superior a 30 kg/m², está entrando en un estadio grave en la Unión Europea, pues los 28 países que la integraban muestran tasas por encima del 21% (ver Tabla 5).

La prevalencia media de la obesidad en la UE alcanzó ya un 25,2%, siendo 13 (46,43%) los países que la superan y 15 (un 53,57%) los que quedan algo por debajo de ella.

Malta es el país que muestra la mayor tasa sobre la población total, con un 31% de casos. Le sigue el Reino Unido, con una tasa del 29,5% de casos. España ocupa la séptima posición de la lista con una tasa del 27,1%, equiparada a la de Croacia. La tasa mínima es para Dinamarca con un 21,3% de casos.

La tasa media de la población masculina es de un 25,1%, ligeramente inferior a la femenina, que se sitúa en un 25,3%. Por consiguiente, por término medio, en la UE, una cuarta parte de la población adulta ya sea masculina o femenina, está afectada por esta patología.

Catorce países (el 50%) de 28 muestran tasas superiores a la media de la UE en la población masculina, siendo el máximo para la de Malta con un 30,9%. España también se halla en este grupo con una tasa del 27,1%. Un país (Bélgica) está alineado con la media y trece (46,43%), quedan por debajo de ella.

En cuanto a las tasas de obesidad en las poblaciones femeninas, en 16 países (57,14%) de la UE, éstas son superiores a las masculinas. Doce países (un 42,85%), tienen tasas superiores a la media, mientras que un país (Estonia) está alineado con ella y, catorce (un 50%), quedan por debajo.

Por comparación, el país que tiene una menor prevalencia de casos de obesidad es Vietnam, con una tasa sobre población total de 18 y más años del 2,1% y unas incidencias del 1,6% y del 2,6% en las poblaciones masculina y femenina, respectivamente. Asimismo, el país con mayor prevalencia es Nauru (un estado de Micronesia, situado en el océano Pacífico central), con una tasa del 60,7% sobre el total de población de 18 y más años y unas tasas del 58,5% y del 63% sobre las poblaciones masculina y femenina de la misma edad.

Estados Unidos, uno de los países desarrollados más afectados, arrojó una tasa del 37,3% sobre población total y del 36,5% y del 38,2% sobre las poblaciones masculina y femenina, respectivamente. En la UE todavía no hay ningún país que haya alcanzado estas cotas, pero dada la evolución de la prevalencia de la obesidad (ver Tabla 4), si no se toman medidas de prevención y reducción del problema, es posible que muchos países alcancen en unos años valores similares, porque las correlaciones lineales entre los indicadores de IMC medio, prevalencia de sobrepeso y prevalencia de obesidad, dan resultados positivos y significativos entre ellos (ver Tabla 5) para el conjunto de 28 países de la UE en el año 2016.

3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional

Tabla 5. Estimación bruta de la prevalencia de obesidad en la población de 18 y más años de los países de la Unión Europea en 2016, como porcentaje de individuos que tienen un valor de IMC superior o igual a 30 kg/m²

	% sobre población total de 18+	% sobre población masculina de 18+	% sobre población femenina de 18+
Malta	31,0	30,9	31,2
Reino Unido	29,5	28,6	30,4
Hungría	28,6	29,9	27,5
República Checa	28,5	28,5	28,6
Lituania	28,4	25,3	30,9
Bulgaria	27,4	27,5	27,4
Grecia	27,4	26,0	28,7
Croacia	27,1	26,0	28,2
España	27,1	27,1	27,2
Irlanda	26,9	26,5	27,3
Alemania	25,7	26,6	24,9
Letonia	25,7	22,9	28,0
Polonia	25,6	25,4	25,7
Finlandia	24,9	25,7	24,2
Bélgica	24,5	25,1	23,9
Rumania	24,5	24,9	24,2
Luxemburgo	24,2	26,0	22,4
Estonia	23,8	21,9	25,3
Francia	23,2	23,5	23,0
Portugal	23,2	22,1	24,2
Países Bajos	23,1	22,7	23,4
Italia	22,9	22,5	23,3
Chipre	22,6	22,4	22,8
Eslovenia	22,5	21,4	23,6
Eslovaquia	22,4	22,5	22,3
Suecia	22,1	24,2	20,0
Austria	21,9	23,4	20,6
Dinamarca	21,3	23,7	18,9
Media de la UE	25,2	25,1	25,3
Otros países de referencia	% sobre población total de 18+	% sobre población masculina de 18+	% sobre población femenina de 18+
Vietnam	2,1	1,6	2,6
EEUU	37,3	36,5	38,2
Nauru	60,7	58,5	63,0

Fuente: OMS, enlace: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A904?lang=en>

La siguiente tabla muestra los resultados de un análisis de correlación lineal simple entre los indicadores de IMC medio, prevalencia de sobrepeso y prevalencia de obesidad. A la vista de los coeficientes obtenidos, se puede afirmar que la relación entre el IMC medio de los países de la UE en el año 2016 y la tasa de sobrepeso es lineal, positiva y discretamente intensa; que la relación entre el IMC medio y la tasa de obesidad es lineal, positiva y moderadamente intensa, y que la relación entre la tasa de sobrepeso y la tasa de obesidad es lineal, positiva y bastante intensa.

Tabla 6. Correlaciones lineales de Pearson entre los indicadores de IMC medio, prevalencia de sobrepeso y prevalencia de obesidad en la UE el año 2016

	IMC medio	Tasa de sobrepeso (%)	Tasa de obesidad (%)
IMC medio	1	0,429*	0,672**
Tasa de sobrepeso (%)	0,429*	1	0,859**
Tasa de obesidad (%)	0,672**	0,859**	1

** La correlación es significativa en el nivel de confianza del 99% (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel de confianza del 95% (bilateral)

Tomando el caso más significativo, es decir, el que relaciona las tasas de sobrepeso y de obesidad, la estimación de un modelo de regresión lineal simple nos proporciona una ecuación de predicción del ritmo medio esperado de crecimiento de la tasa de obesidad de la UE en función del ritmo de crecimiento de la tasa de sobrepeso. El modelo estimado se muestra en la Tabla 7, y las simulaciones de cómo podría evolucionar la tasa de obesidad en función de la de sobrepeso, en la Tabla 8.

Tabla 7. Modelo de regresión lineal simple estimado entre las tasas de sobrepeso y obesidad para la UE el año 2016

Variable dependiente	Tasa de obesidad (% de casos con $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$)		
Variable independiente	Tasa de sobrepeso (% de casos con $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$)		
Constante	-24,661	Significación T	0,000
Coefficiente de la tasa de sobrepeso	0,790	Significación T	0,000
Capacidad explicativa R^2	73,8%	Significación F	0,000

Tabla 8. Simulación de evolución de la tasa media de obesidad de la UE en función de la evolución de la tasa de sobrepeso

Modelo estimado de regresión	Tasa de obesidad* = $-24,661 + 0,790$ (Tasa de sobrepeso)
Dando valores a la tasa de sobrepeso, se obtienen los pronósticos de la tasa de obesidad	
Si Tasa de sobrepeso = 60	Tasa de obesidad* = $-24,661 + 0,790(60) = 22,74$
Si Tasa de sobrepeso = 65	Tasa de obesidad* = $-24,661 + 0,790(65) = 26,69$
Si Tasa de sobrepeso = 68	Tasa de obesidad* = $-24,661 + 0,790(68) = 29,06$
Si Tasa de sobrepeso = 71	Tasa de obesidad* = $-24,661 + 0,790(71) = 31,43$

Según estos pronósticos, por ejemplo, en Malta, que tenía una Tasa de sobrepeso del 70% y una de obesidad del 31% en 2016, si la tasa de sobrepeso aumentase en un uno por ciento y se pusiese en un 71%, por término medio, la de obesidad aumentaría hasta un valor del 31,43%. En general, para la UE y para cualquier país miembro, manteniendo constantes las actuales condiciones, un aumento de un uno por ciento en una tasa de sobrepeso supondría un incremento medio del 0,79% en la tasa de obesidad de la zona o país correspondiente. Dado que 0,79% es un valor próximo a 1%, es importante asimilar que el impacto del crecimiento de casos de sobrepeso en la tasa de obesidad es, en términos relativos, estimado como muy notable. El resultado sugiere, como es lógico, que el control y prevención de los casos de sobrepeso es clave en la reducción de la obesidad, al menos la de tipos más comunes y abordables.

3.6. Prevalencia del sobrepeso en niños de 5 a 9 años en los países de la Unión Europea

El estudio de la prevalencia del sobrepeso en la población no sería completo sin los datos referidos a la infantil. La OMS proporciona la prevalencia de sobrepeso entre niños de 5 a 9 años como el porcentaje de los que presentan un valor del IMC + 1 desviación estándar superior a la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

En el año 2016, la prevalencia de sobrepeso en la población infantil, estimada como porcentaje de personas de entre 5 y 9 años que tienen un IMC + 1 desviación estándar superior a la mediana establecida como límite por la OMS, está entrando en un estadio preocupante en la Unión Europea, pues 25 de los 28 países que la integraban (un 98,3%) ya muestran tasas por encima del 25% (ver Tabla 9).

La prevalencia media de sobrepeso en el segmento más infantil de la población analizada en la UE se situó en un 30,7%, siendo 12 (42,85%) los países que la superan y 16 (un 57,14%) los que quedan algo por debajo de ella.

Italia es el país que muestra la mayor tasa sobre la población de 5 a 9 años total, con un 42% de casos. Le sigue Grecia, con una tasa del 41% de casos. España ocupa la cuarta posición de la lista con una tasa del 37,9%, bastante similar a la de Portugal. La tasa mínima es para Estonia con un 22,8% de casos.

La tasa media de la población infantil masculina es de un 33,8%, algo superior a la femenina, que se sitúa en un 27,5%. Por consiguiente, por término medio, en la UE, más de una cuarta parte de la población infantil de 5 a 9 años ya sea masculina o femenina, está afectada por esta patología.

Catorce países (el 50%) de 28 muestran tasas superiores a la media de la UE en la población infantil masculina, siendo el máximo para la de Grecia con un 45,2%. España también se halla en este grupo con una tasa del 40,8%. El resto de los países (otro 50%), quedan por debajo de la media, siendo Bélgica la que ostenta el mínimo con un 25,4%.

En cuanto a las tasas de sobrepeso en las poblaciones infantiles femeninas, en todos los países de la UE, salvo en Bélgica por unas décimas, éstas son inferiores a las masculinas. Nueve países (un 32,14%), tienen tasas superiores a la media femenina, mientras que 19 (un 67,85%) tienen tasas inferiores a la media femenina. La mayor tasa fue para Italia con un 39,2% de casos y, la menor para Lituania con un 19,5% de casos. España arrojó un 34,8% de casos.

Por comparación, el país que tiene una menor prevalencia de casos de sobrepeso en niños de 5 a 9 años es Burkina Faso, con una tasa sobre población total de niños del 7,8% y unas incidencias del 5,6% y del 10% en las poblaciones masculina y femenina, respectivamente. Asimismo, el país con mayor prevalencia es Nauru (un estado de Micronesia, situado en el océano Pacífico central), con una tasa del 67,1% sobre el total de población de 5 a 9 años y unas tasas del 60% y del 70,4% sobre las poblaciones masculina y femenina de la misma edad.

Estados Unidos, uno de los países desarrollados más afectados, arrojó una tasa del 43% sobre población total de 5 a 9 años y del 45,7% y del 40,1% sobre las poblaciones masculina y femenina, respectivamente. En la UE, Italia y Grecia se están acercando a estas cotas.

3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional

Tabla 9. Estimación bruta de la prevalencia de sobrepeso en la población de niños de 5 a 9 años de los países de la Unión Europea en 2016, como porcentaje de individuos que tienen un valor de IMC + 1 desviación estándar superior a la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS

	Total 5-9 años	Niños 5-9 años	Niñas 5-9 años
Italia	42,0	44,7	39,2
Grecia	41,0	45,2	36,5
Malta	39,9	43,3	36,4
España	37,9	40,8	34,8
Portugal	37,1	37,2	37,0
Chipre	36,6	40,2	32,7
Irlanda	33,9	34,9	32,8
Reino Unido	32,5	32,9	32,2
Francia	32,4	34,0	30,7
Croacia	31,9	37,2	26,3
Hungría	31,4	36,2	26,3
Bulgaria	31,2	37,0	25,2
Eslovenia	30,5	34,7	26,1
República Checa	30,0	35,4	24,2
Finlandia	29,5	32,7	26,3
Polonia	29,5	35,5	23,1
Luxemburgo	29,0	31,4	26,5
Alemania	28,7	30,8	26,6
Austria	28,1	31,3	24,8
Dinamarca	27,6	29,8	25,2
Rumania	27,2	32,0	22,2
Países Bajos	26,9	28,3	25,3
Eslovaquia	26,2	31,1	21,0
Bélgica	25,5	25,4	25,7
Suecia	25,2	27,0	23,3
Letonia	23,5	27,0	19,8
Lituania	22,9	26,2	19,5
Estonia	22,8	25,5	19,9
Media UE	30,7	33,8	27,5
Otros países de referencia	Total 5-9 años	Niños 5-9 años	Niñas 5-9 años
Burkina Faso	7,8	5,6	10,0
EEUU	43,0	45,7	40,1
Nauru	67,1	60,0	70,4

Fuente: OMS, enlace: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A904?lang=en>

3.7. Prevalencia de la obesidad en niños de 5 a 9 años en los países de la Unión Europea

El estudio de la población infantil de 5 a 9 años se completa con los datos sobre prevalencia de obesidad. La OMS proporciona la prevalencia de obesidad entre niños de 5 a 9 años como el porcentaje de los que presentan un valor del IMC + 2 desviaciones estándar superior a la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

En el año 2016, la prevalencia de obesidad en la población infantil, estimada como porcentaje de personas de entre 5 y 9 años que tienen un IMC + 2 desviaciones estándar superior a la mediana establecida como límite por la OMS, está en un estadio moderado tendiendo a serio en la Unión Europea, con 7 países (un 25%) con tasas inferiores al 10% y 21 países (75%) que superan esta tasa, algunos de los cuales lo hacen ya ampliamente.

La prevalencia media de obesidad en el segmento más infantil de la población analizada en la UE se situó en un 12,2%, siendo 13 (46,4%) los países que la superan y 15 (un 53,6%) los que quedan algo por debajo de ella.

Grecia e Italia son los países que muestran la mayor tasa sobre la población de 5 a 9 años total, con un 17,8% de casos. Les sigue Malta, con una tasa del 17% de casos. España ocupa la quinta posición de la lista con una tasa del 14,9%, bastante similar a la de Portugal. La tasa mínima es para Suecia con un 8,3% de casos.

La tasa media de la población infantil masculina es de un 14,7%, significativamente superior a la femenina, que se sitúa en un 9,6%. Por consiguiente, por término medio, en la UE, más de un 9% de la población infantil de 5 a 9 años ya sea masculina o femenina, está afectada por esta patología.

Doce países (el 42,8%) de 28 muestran tasas superiores a la media de la UE en la población infantil masculina, siendo el máximo para la de Grecia con un 21,2%. España también se halla en este grupo con una tasa del 17,5%. El resto de los países (un 57,1%), quedan por debajo de la media, siendo Bélgica la que ostenta el mínimo con un 9,8%.

En cuanto a las tasas de obesidad en las poblaciones infantiles femeninas, en todos los países de la UE, éstas son inferiores a las masculinas. Doce países (un 42,8%), tienen tasas superiores a la media femenina, mientras que 16 (un

57,2%) tienen tasas inferiores a la media femenina. La mayor tasa fue para Italia con un 14,9% de casos y, la menor para Suecia con un 6,1% de casos. España arrojó un 12,1% de casos.

Por comparación, el país que tiene una menor prevalencia de casos de obesidad en niños de 5 a 9 años es Burkina Faso, con una tasa sobre población total de niños del 1,3% y unas incidencias del 1,1% y del 1,5% en las poblaciones masculina y femenina, respectivamente. Asimismo, el país con mayor prevalencia es Nauru (un estado de Micronesia, situado en el océano Pacífico central), con una tasa del 36,3% sobre el total de población de 5 a 9 años y unas tasas del 36,1% y del 36,5% sobre las poblaciones masculina y femenina de la misma edad.

Estados Unidos, uno de los países desarrollados más afectados, arrojó una tasa del 22,7% sobre población total de 5 a 9 años y del 25,1% y del 20,3% sobre las poblaciones masculina y femenina, respectivamente.

3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional

Tabla 10. Estimación bruta de la prevalencia de obesidad en la población de niños de 5 a 9 años de los países de la Unión Europea en 2016, como porcentaje de individuos que tienen un valor de IMC + 2 desviaciones estándar superior a la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS

	Total 5-9 años	Niños 5-9 años	Niñas 5-9 años
Grecia	17,8	21,2	14,2
Italia	17,8	20,5	14,9
Malta	17,0	19,7	14,2
Chipre	15,9	19,6	12,0
Croacia	15,0	18,3	11,6
España	14,9	17,5	12,1
Portugal	14,7	15,0	14,4
Hungría	14,3	17,3	11,2
Bulgaria	13,7	17,1	10,2
Eslovenia	12,5	14,6	10,3
Irlanda	12,5	13,6	11,3
Polonia	12,5	16,8	8,0
República Checa	12,3	15,7	8,8
Finlandia	11,7	15,6	7,8
Reino Unido	11,5	12,7	10,2
Alemania	11,4	13,7	9,0
Luxemburgo	11,1	13,8	8,4
Rumania	10,9	13,5	8,2
Eslovaquia	10,7	13,6	7,7
Austria	10,5	13,0	7,8
Francia	10,4	11,7	8,9
Dinamarca	9,3	11,9	6,6
Países Bajos	9,2	11,1	7,1
Letonia	9,1	11,5	6,5
Lituania	9,1	11,7	6,5
Bélgica	8,7	9,8	7,4
Estonia	8,5	10,3	6,5
Suecia	8,3	10,3	6,1
Media UE	12,2	14,7	9,6
Otros países de referencia	Total 5-9 años	Niños 5-9 años	Niñas 5-9 años
Burkina Faso	1,3	1,1	1,5
EEUU	22,7	25,1	20,3
Nauru	36,3	36,1	36,5

Fuente: OMS, enlace: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A904?lang=en>

3.8. Prevalencia de sobrepeso en niños de 10 a 19 años en los países de la Unión Europea

El estudio de la prevalencia del sobrepeso en la población se completa con los datos referidos a la infantil preadolescente y adolescente. La OMS proporciona la prevalencia de sobrepeso entre niños de 10 a 19 años como el porcentaje de los que presentan un valor del IMC + 1 desviación estándar superior a la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

En el año 2016, la prevalencia de sobrepeso en este segmento de la población, estimada como porcentaje de personas de entre 10 y 19 años que tienen un IMC + 1 desviación estándar superior a la mediana establecida como límite por la OMS, está entrando en un estadio preocupante en la Unión Europea, pues 17 de los 28 países que la integraban (un 60,7%) ya mostraban tasas por encima del 25% (ver Tabla 11).

La prevalencia media de sobrepeso en el segmento de 10 a 19 años de la población analizada en la UE se situó en un 26,4%, siendo 11 (39,3%) los países que la superan y 17 (un 60,7%) los que quedan algo por debajo de ella.

Grecia es el país que muestra la mayor tasa sobre la población de 10 a 19 años total, con un 35,3% de casos. Le sigue Malta, con una tasa del 35,2% de casos. España ocupa la cuarta posición de la lista con una tasa del 31,9%, bastante similar a la de Chipre. La tasa mínima es para Lituania con un 19,2% de casos. La tasa media de la población infantil masculina es de un 29%, algo superior a la femenina, que se sitúa en un 23,8%. Por consiguiente, por término medio, en la UE, más de un 23% de la población infantil de 10 a 19 años ya sea masculina o femenina, está afectada por esta patología.

Trece países (el 46,4%) de 28 muestran tasas superiores a la media de la UE en la población infantil masculina, siendo el máximo para la de Grecia con un 39,2%. España también se halla en este grupo con una tasa del 34,9%. Un país, Eslovenia, está alineado con la media, y el resto de los países (un 50%), quedan por debajo de la media, siendo Estonia y Lituania los que ostentan el mínimo con un 21,4%.

En cuanto a las tasas de sobrepeso en las poblaciones infantiles femeninas, en todos los países de la UE, salvo en Reino Unido y en Bélgica, éstas son inferiores a las masculinas. Nueve países (un 32,14%), tienen tasas superiores a la

media femenina, mientras que 19 (un 67,85%) tienen tasas inferiores a la media femenina. La mayor tasa fue para Grecia con un 31,3% de casos y, la menor para Lituania con un 16,9% de casos. España arrojó un 28,8% de casos.

Por comparación, el país que tiene una menor prevalencia de casos de sobrepeso en niños de 10 a 19 años es Burkina Faso, con una tasa sobre población total de niños del 7,5% y unas incidencias del 4,9% y del 10,2% en las poblaciones masculina y femenina, respectivamente. Asimismo, el país con mayor prevalencia es Nauru (un estado de Micronesia, situado en el océano Pacífico central), con una tasa del 63,9% sobre el total de población de 10 a 19 años y unas tasas del 60,8% y del 67,1% sobre las poblaciones masculina y femenina de la misma edad.

Estados Unidos, uno de los países desarrollados más afectados, arrojó una tasa del 41,2% sobre población total de 10 a 19 años y del 43,3% y del 39,1% sobre las poblaciones masculina y femenina, respectivamente.

3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional

Tabla 11. Estimación bruta de la prevalencia de sobrepeso en la población de niños de 10 a 19 años de los países de la Unión Europea en 2016, como porcentaje de individuos que tienen un valor de IMC + 1 desviación estándar superior a la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS

	Total 10-19 años	Niños 10-19 años	Niñas 10-19 años
Grecia	35,3	39,2	31,3
Malta	35,2	37,8	32,5
Italia	34,2	36,7	31,5
España	31,9	34,9	28,8
Chipre	31,5	34,4	28,4
Reino Unido	30,3	29,7	31,0
Portugal	30,2	31,2	29,2
Irlanda	29,4	30,0	28,8
Francia	28,9	29,8	27,9
Bulgaria	27,1	31,9	22,0
Hungría	26,9	31,0	22,6
República Checa	25,9	30,7	20,8
Austria	25,8	28,6	22,9
Croacia	25,7	30,6	20,6
Eslovenia	25,4	29,0	21,7
Finlandia	25,4	27,8	22,7
Alemania	25,3	26,9	23,6
Luxemburgo	24,8	26,3	23,2
Dinamarca	23,8	25,6	21,8
Países Bajos	23,7	24,1	23,2
Polonia	23,6	28,6	18,3
Bélgica	23,1	22,7	23,6
Rumania	23,1	27,7	18,4
Suecia	22,9	24,2	21,5
Eslovaquia	21,8	26,0	17,4
Letonia	20,4	23,0	17,7
Estonia	19,4	21,4	17,2
Lituania	19,2	21,4	16,9
Media UE	26,4	29,0	23,8
Otros países de referencia	Total 10-19 años	Niños 10-19 años	Niñas 10-19 años
Burkina Faso	7,5	4,9	10,2
EEUU	41,2	43,3	39,1
Nauru	63,9	60,8	67,1

Fuente: OMS, enlace: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A904?lang=en>

3.9. Prevalencia de la obesidad en niños de 10 a 19 años en los países de la Unión Europea

En el año 2016, la prevalencia de obesidad en la población infantil preadolescente y adolescente, estimada como porcentaje de personas de entre 10 y 19 años que tienen un IMC + 2 desviaciones estándar superior a la mediana establecida como límite por la OMS, está en un estadio moderado en la Unión Europea, con 25 países (un 89,3%) con tasas inferiores al 10% y 3 países (10,7%) que superan esta tasa discretamente.

La prevalencia media de obesidad en el segmento de 10 a 19 años de la población analizada en la UE se situó en un 7,9%, siendo 12 (42,8%) los países que la superan y 16 (un 57,2%) los que quedan por debajo de ella.

Malta y Grecia son los países que muestran la mayor tasa sobre la población de 10 a 19 años total, con un 11,8% y un 11,7% de casos respectivamente. Les sigue Chipre, con una tasa del 10,5% de casos. España ocupa la novena posición de la lista con una tasa del 8,5%, similar a la de Portugal. La tasa mínima es para Estonia con un 5% de casos.

La tasa media de la población infantil masculina es de un 9,7%, bastante superior a la femenina, que se sitúa en un 5,9%. Por consiguiente, por término medio, en la UE, casi más de un 6% de la población infantil de 10 a 19 años ya sea masculina o femenina, está afectada por esta patología.

Catorce países (el 50%) de 28 muestran tasas superiores a la media de la UE en la población infantil masculina, siendo el máximo para la de Grecia con un 14,4%. España también se halla en este grupo con una tasa del 10,6%. El resto de los países (otro 50%), quedan por debajo de la media, siendo Estonia la que ostenta el mínimo con un 6,3%.

En cuanto a las tasas de obesidad en las poblaciones infantiles femeninas, en todos los países de la UE, éstas son inferiores a las masculinas. Trece países (un 46,4%), tienen tasas superiores a la media femenina, mientras que 15 (un 53,6%) tienen tasas inferiores a la media femenina. La mayor tasa fue para Malta con un 9,6% de casos y, la menor para Estonia con un 3,7% de casos. España arrojó un 6,3% de casos.

Por comparación, el país que tiene una menor prevalencia de casos de obesidad en niños de 10 a 19 años es Etiopía con una tasa sobre población total de niños del 0,8% y unas incidencias del 0,5% y del 1% en las poblaciones masculina y femenina, respectivamente. Asimismo, el país con mayor prevalencia es Nauru (un estado de Micronesia, situado en el océano Pacífico central), con una tasa del 31,7% sobre el total de población de 10 a 19 años y unas tasas del 31,6% y del 31,8% sobre las poblaciones masculina y femenina de la misma edad.

Estados Unidos, uno de los países desarrollados más afectados, arrojó una tasa del 20,7% sobre población total de 10 a 19 años y del 22,3% y del 19% sobre las poblaciones masculina y femenina, respectivamente.

3. Datos epidemiológicos recientes de ámbito internacional

Tabla 12. Estimación bruta de la prevalencia de obesidad en la población de niños de 5 a 9 años de los países de la Unión Europea en 2016, como porcentaje de individuos que tienen un valor de IMC + 2 desviaciones estándar superior a la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS

	Total 10-19 años	Niños 10-19 años	Niñas 10-19 años
Malta	11,8	13,9	9,6
Grecia	11,7	14,4	8,8
Chipre	10,5	13,6	7,2
Italia	9,8	11,5	8,1
Hungría	9,5	11,9	7,1
Reino Unido	9,4	9,9	9,0
Bulgaria	9,2	11,8	6,6
Croacia	8,9	11,6	6,1
España	8,5	10,6	6,3
Portugal	8,5	8,7	8,2
Irlanda	8,2	8,6	7,8
República Checa	8,1	10,7	5,3
Alemania	7,8	9,8	5,7
Austria	7,8	10,3	5,1
Finlandia	7,8	10,8	4,5
Eslovenia	7,3	8,5	6,0
Polonia	7,2	10,4	3,8
Luxemburgo	7,0	8,8	5,1
Francia	6,9	7,4	6,4
Eslovaquia	6,7	8,7	4,6
Rumania	6,7	9,2	4,0
Dinamarca	6,2	8,2	4,0
Bélgica	6,1	7,2	4,9
Países Bajos	6,1	7,1	5,0
Letonia	5,9	7,5	4,1
Suecia	5,8	7,7	3,9
Lituania	5,5	7,1	3,8
Estonia	5,0	6,3	3,7
Media UE	7,9	9,7	5,9
Otros países de referencia	Total 10-19 años	Niños 10-19 años	Niñas 10-19 años
Etiopía	0,8	0,5	1,0
EEUU	20,7	22,3	19,0
Nauru	31,7	31,6	31,8

Fuente: OMS, enlace: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A904?lang=en>

A la vista de los resultados sobre población infantil mostrados en los últimos apartados, es importante señalar que los datos indican que el problema de la obesidad empeora progresiva y rápidamente. Así, si comparamos las medias de la población infantil de 5 a 9 años (12,2% en total, 14,7% y 9,6% respectivamente entre los niños y las niñas) con las de la población de 10 a 19 años, que son 7,9%, 9,7% y 5,9% respectivamente, se ve claramente que las nuevas generaciones están bastante más afectadas que las precedentes.

3.10. Resumen de las medias de prevalencia de sobrepeso y obesidad en el ámbito de la UE

La Tabla 13 resume la situación media en la UE acerca de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en el año 2016. Los datos señalan que el sobrepeso es un problema de dimensiones serias en la zona, que está derivando en una tasa bastante preocupante de casos de obesidad. El colectivo más afectado es el de mayores de 18 años, pero la progresión de las cifras que afectan a niños y niñas de 5 a 9 años en comparación de las que se asocian a las de preadolescentes y adolescentes de entre 10 y 19 años, no dejan lugar a duda acerca de la progresión de ambas patologías y su rápido crecimiento en la UE.

Tabla 13. Prevalencia media de sobrepeso y obesidad en las poblaciones de la UE, según datos proporcionados por la OMS para el año 2016 (el más reciente publicado), como porcentaje de casos que cumplen las condiciones para cada patología y edad

	Sobrepeso (%)	Obesidad (%)
Población total 18 y +	63,1	25,2
Hombres 18 y +	69,1	25,1
Mujeres 18 y +	57,5	25,3
Población infantil 5-9 años	30,7	12,2
Masculina 5-9 años	33,8	14,7
Femenina 5-9 años	27,5	9,6
Preadolescentes y adolescentes 10-19 años	26,4	7,9
Masculina 10-19 años	29,0	9,7
Femenina 10-19 años	23,8	5,9

España se halla inmersa en este contexto, presentando cifras que superan estas medias en todos los segmentos de población analizados. Este hecho constituye un argumento de gran peso para abogar, a través de este estudio y de toda la información disponible de los últimos años, por el reconocimiento oficial de la obesidad como una enfermedad en nuestro país con las consecuencias que ello

conlleve en términos de su atención por parte del Sistema Nacional de Salud. Seguir atribuyéndole el estatus de mera condición física de una persona supone privar de elementos de prevención, tratamiento y superación a más de una cuarta parte de la población adulta y a una proporción nada despreciable de la infantil.

Centrando ya el problema en nuestro país, el siguiente gran apartado se dedica a la presentación de los datos epidemiológicos más recientes disponibles para España en relación con estas patologías, sus factores de riesgo, concomitancias más frecuentes y otros indicadores. En la medida de lo posible, los datos se muestran y analizan a nivel estatal y autonómico.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

4.1. Introducción

Esta sección presenta, de forma organizada, los datos de indicadores relevantes en el estudio de la incidencia del sobrepeso y la obesidad en España. Los datos proceden de diferentes fuentes que ofrecen información para conocer la situación nutricional, de estilos de vida de la población y de otros factores de riesgo, así como de las principales concomitancias asociadas a estas patologías, mostrando la evolución reciente de los indicadores junto a las de las tasas de sobrepeso y de obesidad en nuestro país.

4.2. Situación actual y evolución reciente del IMC en la población española de 18 y más años

Según la serie histórica de la OMS, el IMC medio de la población española de 18 y más años alcanzó el valor 25 kg/m², que es el de referencia para considerar que una persona de esta edad tiene sobrepeso, en el año 1978. El indicador sufrió muy ligeras oscilaciones al alza y a la baja y, diez años después, en 1988 alcanzó el valor de 25,5 kg/m². En 1998, diez años más tarde, consolidó un valor de 26 kg/m². En 2008, diez años después, tras ligeras oscilaciones al alza y a la baja, el indicador se situó en un valor de 26,2 kg/m². Esto supuso un cierto cambio de tendencia, pues, por primera vez, no se dio un aumento de medio punto porcentual tras un período de 10 años, sino solamente de 0,2 puntos. El indicador se mantuvo bastante estable hasta que, en 2012, consolidó la senda descendente y se situó en 26,1 kg/m².

La evolución de los cinco últimos años descrita en la Figura 1 es algo, pero poco esperanzadora: el IMC medio de España ha ido descendiendo muy ligeramente desde el año 2012 hasta el 2016 en la población de 18 y más años, donde alcanza un valor de 25,9 kg/m² que prácticamente nos conduce a niveles del año 1998 (26,0; 26,3 y 25,6 kg/m² para población total, masculina y femenina, respectivamente). Sin embargo, la equivalencia no es completa porque esta tendencia descendente sólo se percibe en la población femenina, mientras que, en la masculina, el IMC medio permanece inalterado en 27 kg/m² desde el año 2008. Por consiguiente, la situación acerca de este indicador no mejora en un segmento de la población adulta, lo cual afecta al conjunto. Sin embargo, el IMC no es un indicador de prevalencia de sobrepeso u obesidad, sino de estado medio de los afectados y, aun así, como se ha comentado en las secciones introductorias, tiene sus limitaciones. Por consiguiente, de su análisis no se desprende que la situación del sobrepeso o de la obesidad esté mejorando: el indicador ha sufrido otras oscilaciones al alza y a la baja que no se han traducido en una contención del problema a medio o largo plazo.

Figura 1. Evolución reciente (5 últimos años) de la media nacional del IMC en kg/m² de la población de española de 18 y más años, total y por género



Fuente: OMS, Global Health Observatory data repository; <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY12461>

4.3. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de sobrepeso en la población española de 18 y más años

La situación más reciente de la prevalencia de sobrepeso en la población de 18 y más años, en España a nivel estatal y por Comunidad Autónoma, se describe en la Tabla 14 y en las Figuras 2, 3 y 4. Según los datos que proporciona el INCLASNS, en el año 2014 la prevalencia media de sobrepeso fue de un 35,74% en la población de 18 y más años, cifra que aumentó un 3,72% hasta el año 2017, en que arrojó un resultado del 37,07%. Melilla fue en 2014 el territorio español con la peor tasa total y Madrid la que mostró la más favorable. En el año 2017, Murcia arrojó la tasa más elevada tras moderarse la situación en Melilla, y Baleares tomó el relevo a Madrid mostrando la tasa más baja.

Por géneros, la prevalencia media de sobrepeso en la población masculina fue del 43,6% en el año 2014 para el conjunto de España, cifra que aumentó un 1,63% hasta el año 2017, en que se situó en un 44,31%. La situación más favorable en 2014 fue para Madrid y la más desfavorable para Melilla. En cambio, el año 2017, la situación más favorable fue para Baleares y la más desfavorable siguió siendo para Melilla.

En cuanto a la población femenina, la prevalencia media de sobrepeso fue del 28,05% para el conjunto de España en 2014, cifra que aumentó un 7,09% hasta situarse en un 30,04% en el año 2017. La situación más favorable del año 2014 fue para Ceuta y la más desfavorable para Melilla. En cambio, en el año 2017, Baleares arrojó la tasa más baja y Murcia la más alta.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 14. Prevalencia de sobrepeso y su evolución en la población de 18 y más años en España y sus CC.AA., entre los años 2014 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2014 y 2017		
	2014			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	44,58	29,74	37,13	43,36	31,80	37,53	-2,74	6,93	1,08
Aragón	48,54	27,43	38,19	44,55	29,10	36,80	-8,22	6,09	-3,64
Asturias	49,48	27,34	37,86	43,25	31,93	37,44	-12,59	16,79	-1,11
Baleares	42,30	24,42	33,41	37,19	24,70	31,08	-12,08	1,15	-6,97
Canarias	43,74	27,12	35,44	42,81	31,45	37,20	-2,13	15,97	4,97
Cantabria	42,71	31,68	37,03	44,68	27,36	36,24	4,61	-13,64	-2,13
Castilla y León	45,90	28,42	37,10	46,47	31,90	39,16	1,24	12,24	5,55
Castilla Mancha	39,96	30,58	35,34	41,46	27,35	34,74	3,75	-10,56	-1,70
Cataluña	43,90	26,70	35,28	45,52	28,28	36,66	3,69	5,92	3,91
C. Valenciana	43,31	29,84	36,46	44,88	27,86	36,16	3,63	-6,64	-0,82
Extremadura	43,50	31,59	37,75	45,72	30,60	38,12	5,10	-3,13	0,98
Galicia	46,44	29,63	38,02	47,57	35,43	41,40	2,43	19,57	8,89
Madrid	39,78	24,75	31,89	42,50	28,47	35,15	6,84	15,03	10,22
Murcia	44,64	31,10	37,92	49,55	40,41	44,98	11,00	29,94	18,62
Navarra	47,20	26,94	37,05	43,62	27,52	35,56	-7,58	2,15	-4,02
País Vasco	40,38	26,82	33,42	44,14	28,10	35,91	9,31	4,77	7,45
La Rioja	43,62	26,06	34,86	49,28	26,28	37,51	12,98	0,84	7,60
Ceuta	47,90	20,48	34,98	48,61	33,99	41,41	1,48	65,97	18,38
Melilla	58,98	36,29	46,80	50,46	30,58	40,54	-14,45	-15,73	-13,38
España	43,60	28,05	35,74	44,31	30,04	37,07	1,63	7,09	3,72

Fuente: INCLASNS, 2019 y elaboración de los autores

Teniendo en cuenta que una variación porcentual comienza a tener cierto impacto a partir de un valor del 10%, entre los años 2014 y 2017 se han producido reducciones leves pero significativas en las poblaciones de hombres de Asturias, Baleares y Melilla; en las de mujeres de Cantabria, Castilla La Mancha, Melilla y en la total de Melilla. Por el contrario, se han producido aumentos leves en las poblaciones de hombres de Murcia y de La Rioja, y en las poblaciones de mujeres de Asturias, Canarias, Castilla y León, Galicia, Madrid. Más intenso ha sido en aumento en Murcia y notable en Ceuta, y también se han producido aumentos leves en las poblaciones totales de Madrid, Murcia y Ceuta (ver Tabla 14).

Las siguientes figuras muestran de forma gráfica el *ranking* de las Comunidades Autónomas y su posición respecto de la media de España en los años 2014 y 2017 acerca de la prevalencia del sobrepeso en las poblaciones totales de 18 y más años, así como en las de hombres y mujeres de la misma edad.

Figura 2. Prevalencia de sobrepeso en la población total de 18 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

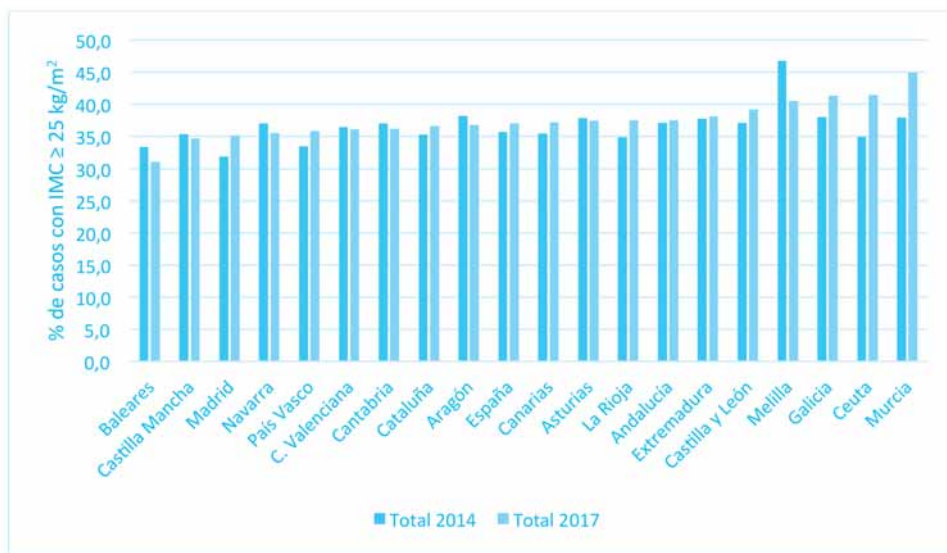


Figura 3. Prevalencia de sobrepeso en la población masculina de 18 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

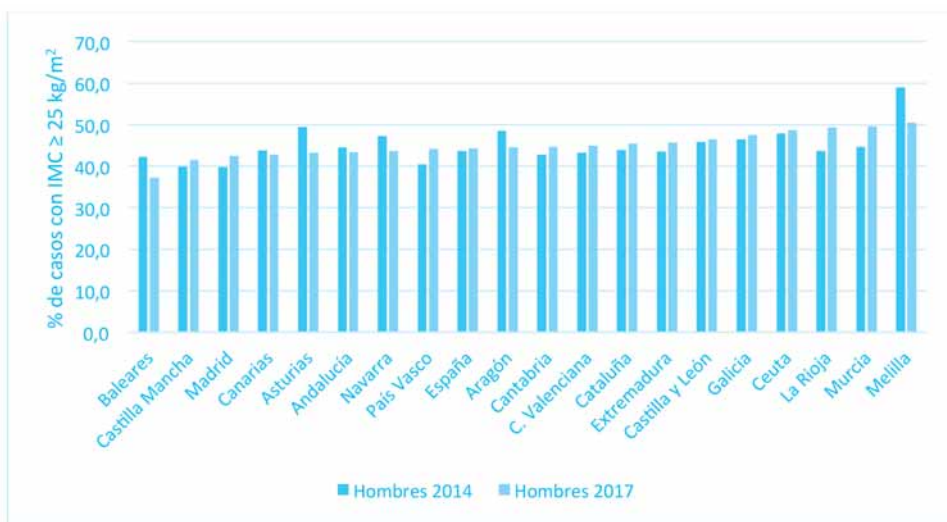
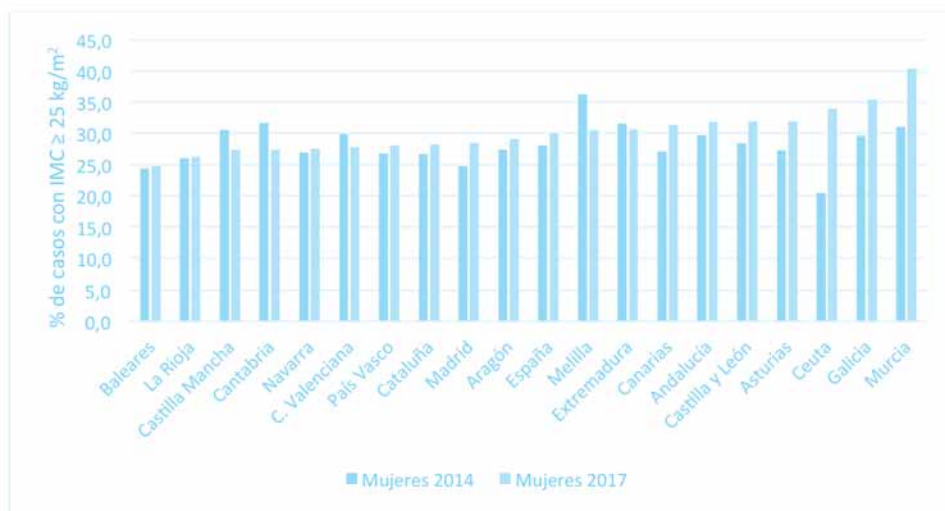


Figura 4. Prevalencia de sobrepeso en la población femenina de 18 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017



4.4. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de obesidad en la población española de 18 y más años

La situación más reciente de la prevalencia de sobrepeso en la población de 18 y más años, en España a nivel estatal y por Comunidad Autónoma se describe en la Tabla 15 y en las Figuras 5, 6 y 7. Según los datos que proporciona el INCLASNS, en el año 2014 la prevalencia media de obesidad fue de un 16,91% en la población de 18 y más años, cifra que aumentó un 3,08% hasta el año 2017, en que arrojó un resultado del 17,42%. Galicia fue en 2014 el territorio español con la peor tasa total y Navarra la que mostró la más favorable. En el año 2017, Ceuta arrojó la tasa más elevada y Castilla y León tomó el relevo a Navarra mostrando la tasa más baja.

Por géneros, la prevalencia media de sobrepeso en la población masculina fue del 17,13% en el año 2014 para el conjunto de España, cifra que aumentó un 5,95% hasta el año 2017, en que se situó en un 18,15%. La situación más favorable en 2014 fue para Navarra y la más desfavorable para Galicia. En cambio, el año 2017, la situación más favorable fue para Cataluña y la más desfavorable para Ceuta.

En cuanto a la población femenina, la prevalencia media de sobrepeso fue del 16,68% para el conjunto de España en 2014, cifra que aumentó un 0,36% hasta situarse en un 16,74% en el año 2017. La situación más favorable del año 2014 fue para Navarra y la más desfavorable para Melilla. En cambio, en el año 2017, Castilla y León arrojó la tasa más baja y Ceuta la más alta.

Teniendo en cuenta que una variación porcentual comienza a tener cierto impacto a partir de un valor del 10%, entre los años 2014 y 2017 se han producido reducciones leves pero significativas en las poblaciones de hombres de Canarias y Cataluña; en las de mujeres de Baleares, Galicia y Melilla más una disminución moderada en Castilla y León. Asimismo, se han producido disminuciones leves en la población total de Castilla y León y Galicia. Por el contrario, se ha producido un aumento leve en la población de hombres de Andalucía, moderado en las de la Comunidad Valenciana, Extremadura, Navarra y Melilla y notables en las de Asturias, Baleares, y Ceuta. En las poblaciones de mujeres también se han producido aumentos leves en las de Canarias, Cataluña, Madrid, País Vasco, La Rioja y Ceuta y moderados en Cantabria y Navarra. Finalmente, se han producido aumentos leves en las poblaciones totales de Asturias, Baleares Cantabria y Extremadura, y de carácter moderado en Navarra y Ceuta.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 15. Prevalencia de obesidad y su evolución en la población de 18 y más años en España y sus CC.AA., entre los años 2014 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2014 y 2017		
	2014			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	19,38	20,42	19,90	22,50	19,54	21,00	16,10	-4,31	5,53
Aragón	18,61	14,47	16,58	17,28	14,19	15,73	-7,15	-1,94	-5,13
Asturias	16,01	21,02	18,64	23,07	20,36	21,68	44,10	-3,14	16,31
Baleares	13,75	12,72	13,23	19,47	11,33	15,49	41,60	-10,93	17,08
Canarias	19,60	18,89	19,25	17,17	21,40	19,26	-12,40	13,29	0,05
Cantabria	17,73	12,58	15,08	19,28	15,63	17,50	8,74	24,24	16,05
Castilla y León	16,43	14,53	15,47	16,83	9,64	13,22	2,43	-33,65	-14,54
Castilla Mancha	19,21	20,21	19,70	20,25	20,39	20,32	5,41	0,89	3,15
Cataluña	15,12	14,93	15,02	12,29	17,46	14,94	-18,72	16,95	-0,53
C. Valenciana	15,90	18,60	17,27	20,64	16,94	18,75	29,81	-8,92	8,57
Extremadura	18,93	14,52	16,80	22,87	15,72	19,28	20,81	8,26	14,76
Galicia	20,68	20,63	20,66	18,68	18,02	18,35	-9,67	-12,65	-11,18
Madrid	15,92	13,39	14,59	17,12	14,73	15,87	7,54	10,01	8,77
Murcia	18,85	15,69	17,28	17,04	15,18	16,11	-9,60	-3,25	-6,77
Navarra	13,16	10,28	11,71	16,98	13,77	15,37	29,03	33,95	31,26
País Vasco	14,18	11,87	12,99	14,21	13,48	13,84	0,21	13,56	6,54
La Rioja	15,68	13,06	14,37	15,43	14,50	14,95	-1,59	11,03	4,04
Ceuta	15,01	21,83	18,22	23,18	25,10	24,13	54,43	14,98	32,44
Melilla	16,20	22,23	19,44	21,01	18,42	19,72	29,69	-17,14	1,44
España	17,13	16,68	16,91	18,15	16,74	17,43	5,95	0,36	3,08

Fuente: INCLASNS, 2019 y elaboración de los autores

Las siguientes figuras muestran de forma gráfica el *ranking* de las Comunidades Autónomas y su posición respecto de la media de España en los años 2014 y 2017 acerca de la prevalencia de la obesidad en las poblaciones totales de 18 y más años, así como en las de hombres y mujeres de la misma edad.

Figura 5. Prevalencia de obesidad en la población total de 18 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

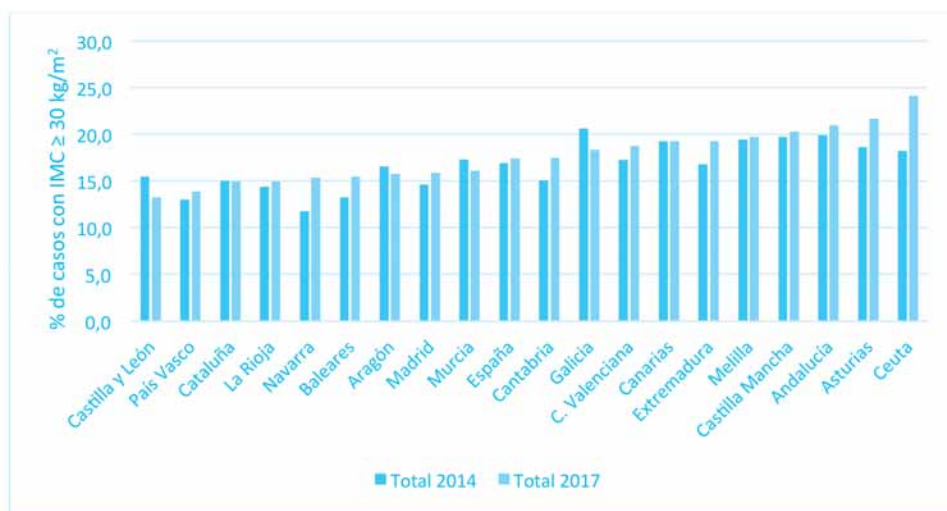


Figura 6. Prevalencia de obesidad en la población masculina de 18 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

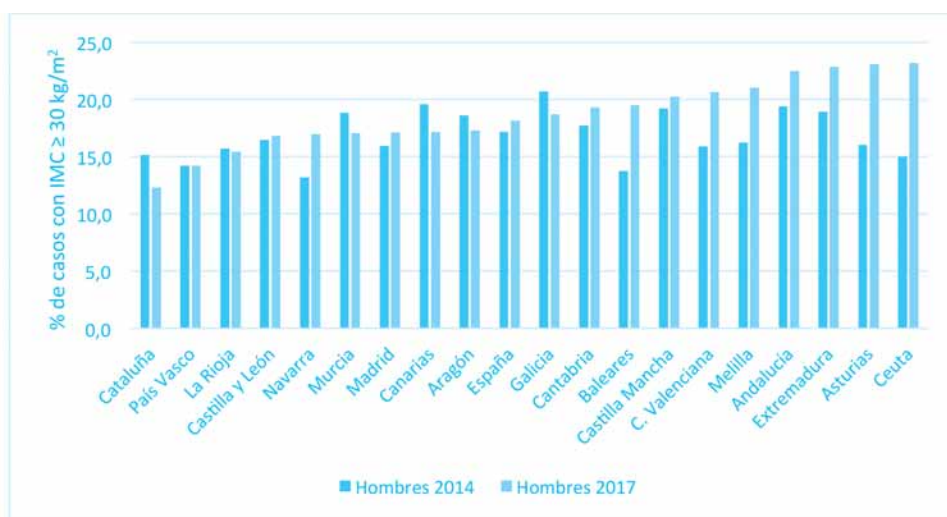
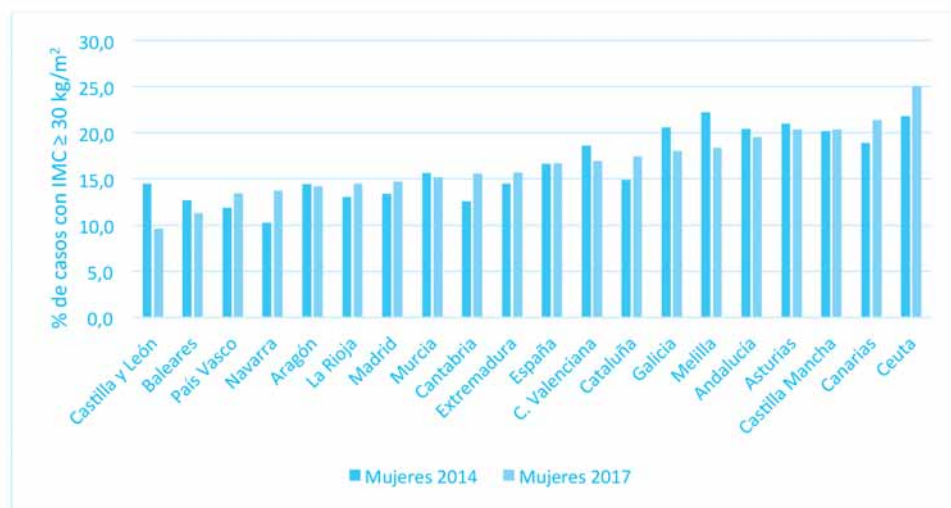


Figura 7. Prevalencia de obesidad en la población femenina de 18 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017



4.5. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de sobrepeso en la población española infantil

La situación más reciente de la prevalencia de sobrepeso en la población infantil, en España a nivel estatal y por Comunidad Autónoma se describe en la Tabla 16 y en las Figuras 8, 9 y 10. A diferencia de la población adulta, en que hay datos para los años 2014 y 2017, los datos disponibles más recientes de la población infantil corresponden a los años 2011 y 2017.

El indicador de sobrepeso infantil proporcionado por el INCLASNS se define como el cociente entre:

a = Número de personas de 2 a 17 años con un índice de masa corporal (IMC) definido como sobrepeso.

b = Número de personas encuestadas de 2 a 17 años en la Encuesta Nacional de Salud/ Encuesta Europea de Salud en España (según años).

multiplicado por 100, es decir:

$$\text{Sobrepeso infantil} = \frac{a}{b} \times 100$$

La condición de individuo con sobrepeso para la población infantil se determina a partir del IMC de la siguiente forma: el IMC se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla²) al igual que para los adultos. Ahora bien, el IMC aplicable para definir el sobrepeso entre 2 y 17 años se calcula en función del sexo y la edad usando los puntos de corte establecidos por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6). Los datos obtenidos, se publican a nivel internacional en las fuentes: Eurostat/OMS/OCDE Health Data.

Por consiguiente, según los datos que proporciona el INCLASNS, en el año 2011 la prevalencia media de sobrepeso fue de un 18,26% en la población de 2 a 17 años, cifra que, en el año 2017, arrojó el mismo resultado, dando un balance final para el período de estabilidad a nivel estatal. Sin embargo, a nivel autonómico, se dieron diferencias entre ambos años. Así, Baleares fue en 2011 el territorio español con la peor tasa total y Ceuta la que mostró la más favorable. En cambio, en el año 2017, Murcia arrojó la tasa más elevada y Extremadura la tasa más baja.

Por géneros, la prevalencia media de sobrepeso en la población infantil fue del 19,46% en el año 2011 para el conjunto de España, cifra que disminuyó un 5,91% hasta el año 2017, en que se situó en un 18,31%. La situación más favorable en 2011 fue para Aragón y la más desfavorable para Galicia. En cambio, el año 2017, la situación más favorable fue para Navarra y la más desfavorable para Melilla.

En cuanto a la población infantil femenina, la prevalencia media de sobrepeso fue del 16,94% para el conjunto de España en 2011, cifra que aumentó un 7,50% hasta situarse en un 18,21% en el año 2017. La situación más favorable del año 2011 fue para Ceuta y la más desfavorable para Baleares. En cambio, en el año 2017, Extremadura arrojó la tasa más baja y Murcia la más alta.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 16. Prevalencia de sobrepeso y su evolución en la población infantil en España y sus CC.AA., entre los años 2011 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	24,15	18,37	21,33	21,87	19,91	20,92	-9,44	8,38	-1,92
Aragón	11,44	15,58	13,36	14,97	21,39	18,17	30,86	37,29	36,00
Asturias	15,19	19,88	17,17	23,87	12,49	18,20	57,14	-37,17	6,00
Baleares	22,82	29,87	26,46	22,76	23,22	22,97	-0,26	-22,26	-13,19
Canarias	21,34	19,86	20,64	25,82	24,60	25,15	20,99	23,87	21,85
Cantabria	13,42	5,29	9,64	18,40	23,24	20,95	37,11	339,32	117,32
Castilla y León	20,90	19,57	20,29	19,19	16,27	17,87	-8,18	-16,86	-11,93
Castilla Mancha	20,71	18,42	19,60	22,64	14,29	18,46	9,32	-22,42	-5,82
Cataluña	15,07	13,61	14,40	14,60	15,11	14,84	-3,12	11,02	3,06
C. Valenciana	16,75	15,66	16,22	14,26	19,87	16,94	-14,87	26,88	4,44
Extremadura	15,91	23,51	19,77	15,30	8,08	11,88	-3,83	-65,63	-39,91
Galicia	26,96	20,34	23,83	16,02	18,27	17,11	-40,58	-10,18	-28,20
Madrid	17,78	14,57	16,21	18,73	16,54	17,66	5,34	13,52	8,95
Murcia	19,16	9,77	15,11	23,65	27,90	25,75	23,43	185,57	70,42
Navarra	15,45	16,20	15,79	11,46	15,62	13,51	-25,83	-3,58	-14,44
País Vasco	25,92	25,04	25,52	12,62	14,56	13,59	-51,31	-41,85	-46,75
La Rioja	16,40	8,15	12,42	18,14	20,82	19,36	10,61	155,46	55,88
Ceuta	14,03	0,00	7,92	20,26	17,67	19,12	44,40	---	141,41
Melilla	18,58	17,03	17,99	26,89	21,39	24,50	44,73	25,60	36,19
España	19,46	16,94	18,26	18,31	18,21	18,26	-5,91	7,50	0,00

Fuente: INCLASNS, 2019 y elaboración de los autores

*No calculable por ser cero el numerador

Teniendo en cuenta que una variación porcentual comienza a tener cierto impacto a partir de un valor del 10%, entre los años 2011 y 2017 se ha producido una reducción leve pero significativa en la población de niños de la Comunidad Valenciana; moderada en la de Navarra y notable en las de Galicia y el País Vasco. Asimismo, se ha dado una reducción leve en la población de niñas de Castilla y León y Galicia; moderada en las de Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, notable en la del País Vasco y alta en la de Extremadura. Las reducciones en población infantil total han sido de carácter leve en Baleares y Castilla y León; moderadas en Extremadura y Galicia, y notable en el País Vasco.

Por el contrario, se han producido aumentos en la población de niños: leve en La Rioja; moderados en las poblaciones de Aragón, Canarias, Cantabria y Murcia y notables Asturias, Ceuta y Melilla. Y, en la población de niñas: leves en Cataluña y Murcia; moderados en Aragón, Canarias, la Comunidad Valenciana y Melilla, y muy altos en Cantabria, Murcia y La Rioja (ver Tabla 16). En la población total,

se aprecian aumentos: moderados en Aragón, Canarias y Melilla; notable en La Rioja; alto en Murcia y muy alto en Cantabria y Ceuta.

Las siguientes figuras muestran de forma gráfica el *ranking* de las Comunidades Autónomas y su posición respecto de la media de España en los años 2011 y 2017 acerca de la prevalencia del sobrepeso en las poblaciones infantiles de 2 a 17 años, así como en las de hombres y mujeres de la misma edad.

Figura 8. Prevalencia de sobrepeso en la población total de 2 a 17 años por CC.AA. los años 2011 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

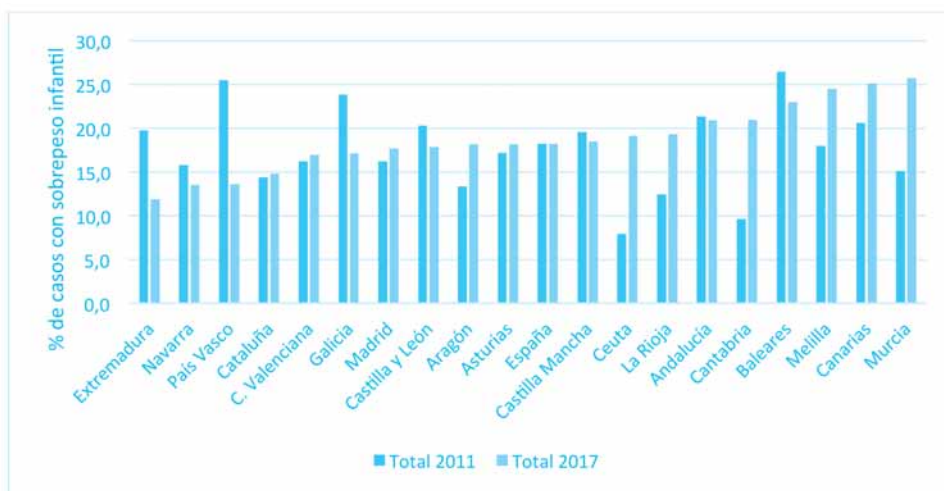


Figura 9. Prevalencia de sobrepeso en la población masculina de 2 a 17 años por CC.AA. los años 2011 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

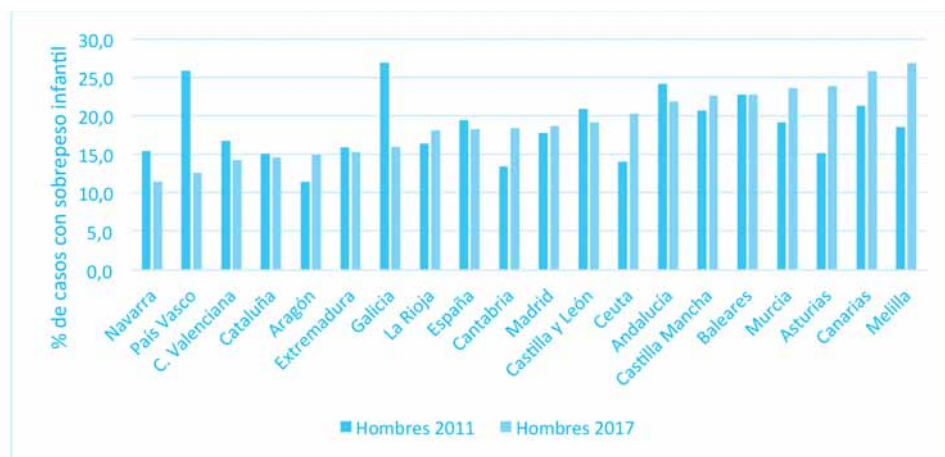
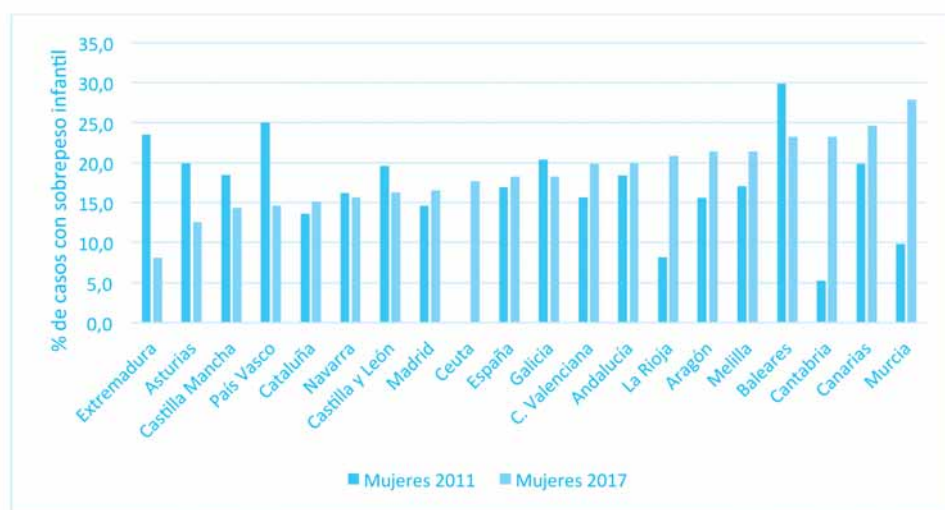


Figura 10. Prevalencia de sobrepeso en la población femenina de 2 a 17 años por CC.AA. los años 2011 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017



4.6. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de obesidad en la población infantil española de 2 a 17 años

La situación más reciente de la prevalencia de obesidad en la población infantil, en España a nivel estatal y por Comunidad Autónoma se describe en la Tabla 17 y en las Figuras 11, 12 y 13. A diferencia de la población adulta, en que hay datos para los años 2014 y 2017, los datos disponibles más recientes de la población infantil corresponden a los años 2011 y 2017.

El indicador de obesidad infantil proporcionado por el INCLASNS se define como el cociente entre:

a = Número de personas de 2 a 17 años con un índice de masa corporal (IMC) considerado como obesidad.

b = Número de personas encuestadas de 2 a 17 años en la Encuesta Nacional de Salud/ Encuesta Europea de Salud en España (según años)

multiplicado por 100, es decir:

$$\text{Obesidad infantil} = \frac{a}{b} \times 100$$

La condición de individuo con obesidad para la población infantil se determina a partir del IMC de la siguiente forma: el IMC se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla²) al igual que para los adultos. Ahora bien, el IMC aplicable para definir la obesidad entre 2 y 17 años se calcula en función del sexo y la edad usando los puntos de corte establecidos por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6). Los datos obtenidos, se publican a nivel internacional en las fuentes: Eurostat/OMS/OCDE Health Data.

Según los datos que proporciona el INCLASNS, en el año 2011 la prevalencia media de obesidad fue de un 9,56% en la población de 2 A 17 años, cifra que aumentó un 7,74% hasta el año 2017, en que arrojó un resultado del 10,30%. Ceuta fue en 2011 el territorio español con la peor tasa total y Aragón la que mostró la más favorable. En el año 2017, Ceuta arrojó la tasa más elevada y Navarra la tasa más baja.

Por géneros, la prevalencia media de sobrepeso en la población masculina fue del 9,57% en el año 2011 para el conjunto de España, cifra que aumentó un 8,67% hasta el año 2017, en que se situó en un 10,40%. La situación más favorable en 2011 fue para Cantabria y la más desfavorable para Murcia. En cambio, el año 2017, la situación más favorable fue para Cantabria y la más desfavorable para Ceuta.

En cuanto a la población femenina, la prevalencia media de sobrepeso fue del 9,56% para el conjunto de España en 2011, cifra que aumentó un 6,69% hasta situarse en un 10,20% en el año 2017. La situación más favorable del año 2011 fue para Aragón y la más desfavorable para Canarias. En cambio, en el año 2017, Navarra arrojó la tasa más baja y Ceuta la más alta.

Teniendo en cuenta que una variación porcentual comienza a tener cierto impacto a partir de un valor del 10%, entre los años 2011 y 2017 se han producido muchos cambios significativos en la población infantil.

Aumentos en la población infantil masculina: leve en Canarias; moderado en Extremadura; notable en Melilla y País Vasco; alto en Murcia y muy alto en Castilla La Mancha y Cataluña.

Aumentos en la población infantil femenina: moderados en Andalucía, Ceuta y Melilla; notable en la Comunidad Valenciana; alto en Baleares y en el País Vasco y, muy alto en Aragón, Cantabria y Castilla y León.

Aumentos en la población infantil total: leves en Baleares, Extremadura y Murcia; moderados en la Comunidad Valenciana y Melilla; notables en Castilla La Mancha y el País Vasco; alto en Cataluña.

Disminuciones en la población infantil masculina: moderados en Baleares, Galicia y La Rioja; notables en Aragón, Castilla y León, Ceuta y Madrid; altos en Cantabria y Navarra.

Disminuciones en la población infantil femenina: moderado en Asturias; notables en Canarias, Galicia y Murcia; alto en Navarra.

Disminuciones en la población infantil total: leve en Asturias; moderado en Canarias, Ceuta y Madrid; notable en Galicia; alto en Navarra.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

El análisis interno revela que la evolución de la prevalencia de obesidad infantil no es uniforme en el territorio español y que el aumento de la tasa que se produce a nivel estatal entre los años 2011 y 2017, se genera, especialmente, en zonas y segmentos de la población concretos. Así, en una misma región, la prevalencia en la población infantil masculina puede haber sufrido un fuerte incremento mientras que la femenina ha permanecido estable o incluso con tendencia a la reducción (Castilla La Mancha, Cataluña y Murcia, por ejemplo) o viceversa (Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla León y el País Vasco, por ejemplo).

Tabla 17. Prevalencia de obesidad y su evolución en la población de 2 a 17 años en España y sus CC.AA., entre los años 2011 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	12,31	11,06	11,70	10,61	14,43	12,48	-13,81	30,47	6,67
Aragón	4,12	1,11	2,72	1,60	3,48	2,54	-61,17	213,51	-6,62
Asturias	9,55	9,02	9,32	9,29	6,43	7,86	-2,72	-28,71	-15,67
Baleares	11,12	7,00	8,99	7,80	12,62	10,04	-29,86	80,29	11,68
Canarias	9,80	18,63	13,94	10,94	9,92	10,38	11,63	-46,75	-25,54
Cantabria	3,87	1,60	2,82	0,92	4,01	2,55	-76,23	150,63	-9,57
Castilla y León	8,26	3,62	6,14	4,04	7,51	5,60	-51,09	107,46	-8,79
Castilla Mancha	5,77	8,80	7,24	11,68	8,61	10,14	102,43	-2,16	40,06
Cataluña	5,03	9,71	7,17	14,80	10,11	12,65	194,23	4,12	76,43
C. Valenciana	11,70	7,05	9,44	12,72	11,17	11,98	8,72	58,44	26,91
Extremadura	9,47	8,15	8,80	12,69	7,83	10,38	34,00	-3,93	17,95
Galicia	10,80	10,82	10,81	7,63	4,64	6,18	-29,35	-57,12	-42,83
Madrid	11,78	9,43	10,63	5,76	9,34	7,51	-51,10	-0,95	-29,35
Murcia	9,46	16,75	12,61	18,30	10,05	14,21	93,45	-40,00	12,69
Navarra	9,08	6,25	7,81	1,53	1,35	1,44	-83,15	-78,40	-81,56
País Vasco	8,04	5,69	6,97	12,80	9,42	11,10	59,20	65,55	59,25
La Rioja	7,91	11,55	9,67	5,19	12,05	8,29	-34,39	4,33	-14,27
Ceuta	31,96	15,17	24,65	17,65	18,38	17,97	-44,77	21,16	-27,10
Melilla	7,39	10,22	8,46	10,51	12,82	11,51	42,22	25,44	36,05
España	9,57	9,56	9,56	10,40	10,20	10,30	8,67	6,69	7,74

Fuente: INCLASNS, 2019 y elaboración de los autores

Las siguientes figuras muestran de forma gráfica el *ranking* de las Comunidades Autónomas y su posición respecto de la media de España en los años 2011 y 2017 acerca de la prevalencia de la obesidad en las poblaciones totales de 2 a 17 años, así como en las de hombres y mujeres de la misma edad.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Figura 11. Prevalencia de obesidad en la población total de 2 a 17 años por CC.AA. los años 2011 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

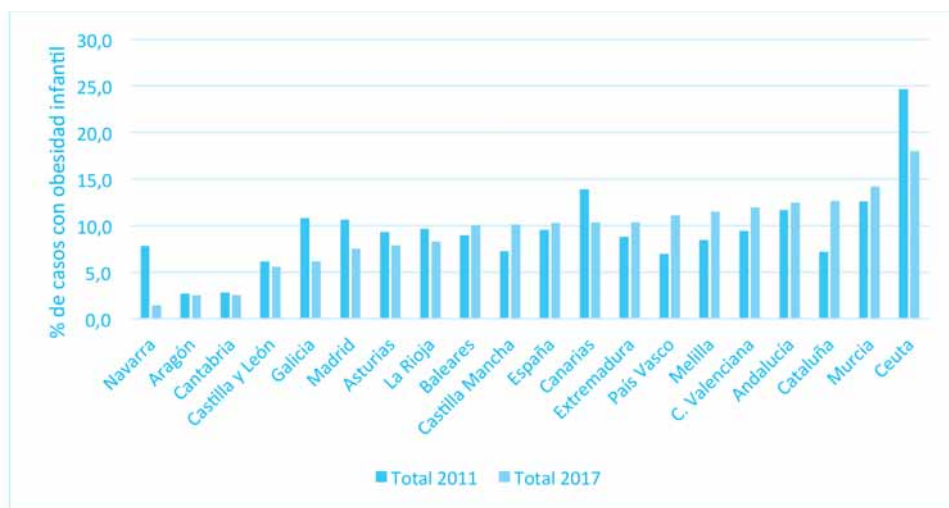


Figura 12. Prevalencia de obesidad en la población masculina de 2 a 17 años por CC.AA. los años 2011 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

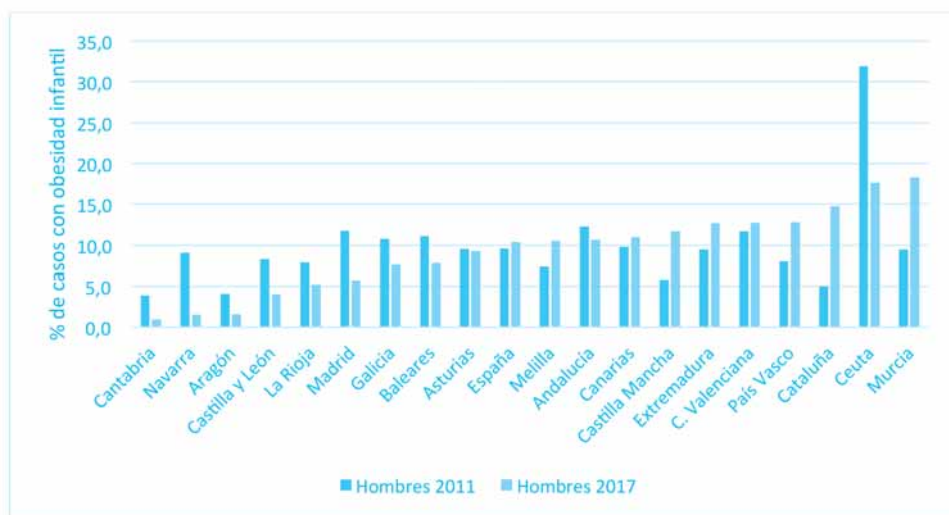
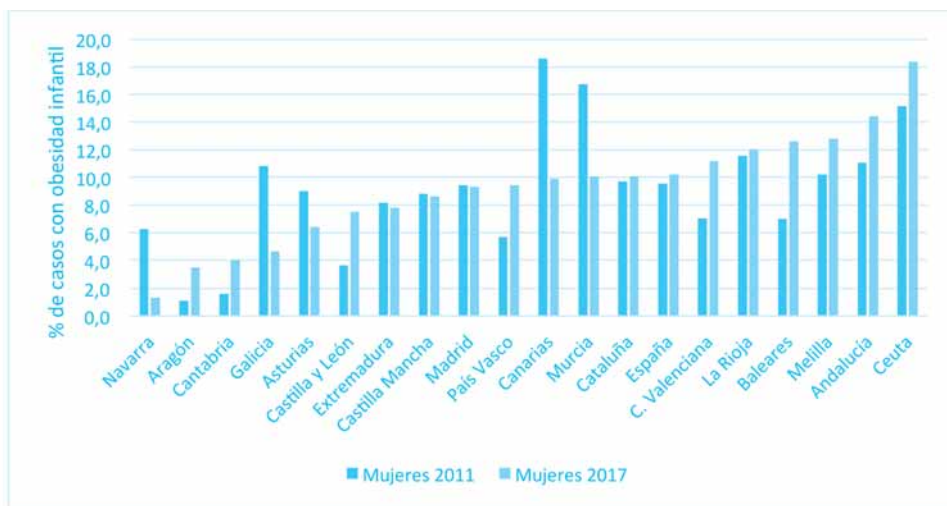


Figura 13. Prevalencia de obesidad en la población femenina de 2 a 17 años por CC.AA. los años 2011 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017



4.7. Situación actual y evolución reciente de la prevalencia de sedentarismo y otras variables relacionadas con el grado y tipo de actividad

La descripción de los datos epidemiológicos acerca de sobrepeso y obesidad debe contemplar el análisis, no sólo de su prevalencia, sino también de la de los factores de riesgo y de las concomitancias más relevantes. Comenzando con los factores de riesgo, el sedentarismo ha sido descrito e identificado como uno de los más evidentes dentro del apartado de indicadores de estilos de vida. En los siguientes apartados se describe su prevalencia y evolución reciente.

4.7.1. Prevalencia y su evolución reciente, del sedentarismo en la población adulta española

El INCLASNS ofrece datos de prevalencia de sedentarismo en población adulta, definiendo este indicador como el cociente entre:

a = Número de personas de 15 y más años con un grado de actividad física en su tiempo libre considerado sedentario.

b = Número de personas encuestadas de 15 y más años que ha respondido la Encuesta Nacional de Salud/ Encuesta Europea de Salud en España (según años). MSCBS/INE.

multiplicado por 100, es decir:

$$\textit{Tasa de sedentarismo en población adulta} = \frac{a}{b} \times 100$$

Para lo cual, se considera sedentaria a toda persona que declara que no hace ejercicio y ocupa su tiempo libre de manera casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine..)

La Tabla 18 describe la situación más actual y la evolución reciente del sedentarismo en España para la población de 15 y más años. Dado que la tasa media de prevalencia en el año 2014 fue del 36,68% y la del año 2017 un 37,81%, registrando un aumento del 3,08% en población total, el resultado sugiere que este factor de riesgo está contribuyendo en algún grado al aumento del sobrepeso y la obesidad en nuestro país. No obstante, la constatación de esta sugerencia se aborda más adelante mediante un análisis de correlación lineal. En cuanto a las tasas en función del género, la de hombres aumentó un 7,82% pasando de una media del 31,08% a una del 33,51% en 2017 y, la de mujeres disminuyó un 0,29%, pasando de una media del 42,01% a otra del 41,89% en 2017. La situación de partida de la población femenina era peor, con una prevalencia de sedentarismo superior al 40%, que el hombre está lejos de alcanzar, pero la ligera mejoría registrada, sigue dejando a este colectivo en mayor riesgo medio de desarrollar sobrepeso u obesidad con ayuda del sedentarismo.

El año 2014, las tasas más desfavorables fueron para Castilla La Mancha en el caso de la población total y de hombres, y para Murcia en el caso de las mujeres. En cambio, las tasas más favorables se dieron en Baleares en el caso de los hombres y en Navarra para la población de mujeres y total. En cambio, en el año 2017, las tasas más elevadas fueron para Ceuta en los dos géneros y en el total, y las más favorables, para Navarra en el caso de los hombres y total y, para Galicia (muy equiparada con Navarra), en el caso de las mujeres.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 18. Prevalencia de sedentarismo y su evolución en la población de 15 y más años en España y sus CC.AA., entre los años 2014 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2014 y 2017		
	2014			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	29,75	44,13	37,06	35,61	47,12	41,48	19,70	6,78	11,93
Aragón	37,98	45,15	41,61	36,04	45,12	40,65	-5,11	-0,07	-2,31
Asturias	29,96	37,79	34,07	30,61	38,52	34,76	2,17	1,93	2,03
Baleares	23,43	32,81	28,16	35,46	50,03	42,81	51,34	52,48	52,02
Canarias	23,72	34,76	29,30	38,78	48,15	43,53	63,49	38,52	48,57
Cantabria	33,28	49,21	41,46	39,79	51,77	45,96	19,56	5,20	10,85
Castilla y León	32,39	34,57	33,50	24,05	32,00	28,07	-25,75	-7,43	-16,21
Castilla Mancha	41,34	48,83	45,06	39,54	48,50	44,01	-4,35	-0,68	-2,33
Cataluña	32,04	43,23	37,78	33,80	43,99	39,05	5,49	1,76	3,36
C. Valenciana	31,30	40,26	35,87	37,08	44,28	40,75	18,47	9,99	13,60
Extremadura	28,70	37,89	33,34	29,71	34,62	32,19	3,52	-8,63	-3,45
Galicia	34,36	45,89	40,34	22,27	27,12	24,80	-35,19	-40,90	-38,52
Madrid	30,02	43,79	37,25	32,05	39,24	35,83	6,76	-10,39	-3,81
Murcia	38,62	50,29	44,47	44,06	45,47	44,77	14,09	-9,58	0,67
Navarra	24,13	31,83	28,02	17,72	27,68	22,79	-26,56	-13,04	-18,67
País Vasco	25,81	37,10	31,66	31,01	34,32	32,73	20,15	-7,49	3,38
La Rioja	24,88	30,70	27,83	26,62	28,22	27,44	6,99	-8,08	-1,40
Ceuta	28,15	40,09	33,68	56,94	73,26	65,05	102,27	82,74	93,14
Melilla	34,99	47,36	41,47	42,14	61,99	52,11	20,43	30,89	25,66
España	31,08	42,01	36,68	33,51	41,89	37,81	7,82	-0,29	3,08

Fuente: INCLASNS, 2019 y elaboración de los autores

Entre los años 2014 y 2017 se dieron las siguientes variaciones significativas en las tasas de prevalencia del sedentarismo:

En la población total: aumentos leves de la tasa en Andalucía, Cantabria y la Comunidad Valenciana; moderado en Melilla; notable en Baleares y Canarias, y alto en Ceuta. Disminuciones leves en Castilla y León y Navarra y, moderada en Galicia.

En la población de hombres: aumentos leves de la tasa en Andalucía, Cantabria, la Comunidad Valenciana y Murcia; moderados en el País Vasco y Melilla; notables en Baleares y Canarias y muy alto en Ceuta. Disminuciones moderadas en Castilla y León, Galicia y Navarra.

En la población de mujeres: aumentos moderados en Melilla y Canarias; notable en Baleares y alto en Ceuta. Disminuciones leves en Madrid y Navarra y notable en Galicia.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Las siguientes figuras muestran de forma gráfica el *ranking* de las Comunidades Autónomas y su posición respecto de la media de España en los años 2014 y 2017 acerca de la prevalencia de sedentarismo en las poblaciones totales de 15 y más años, así como en las de hombres y mujeres de la misma edad.

Figura 14. Prevalencia de sedentarismo en la población total de 15 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

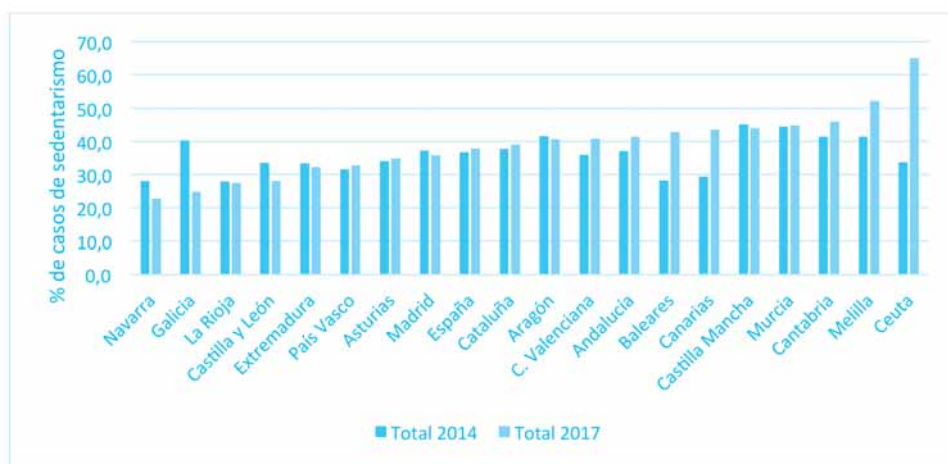


Figura 15. Prevalencia de sedentarismo en la población masculina de 15 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017

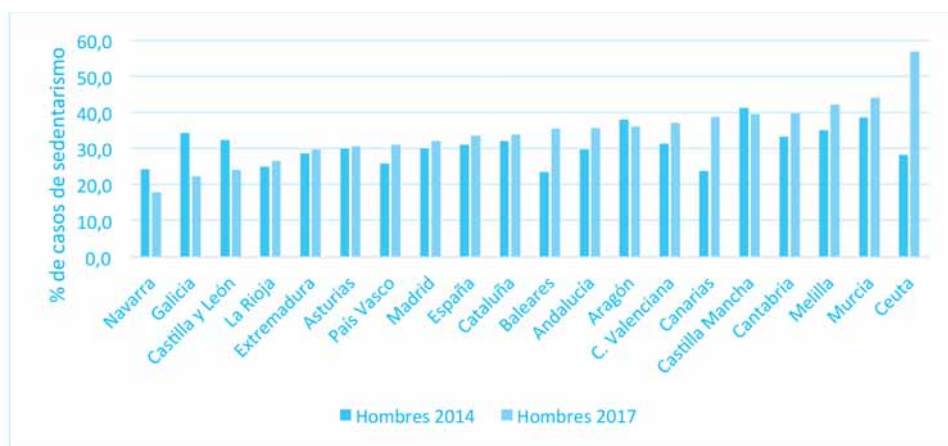
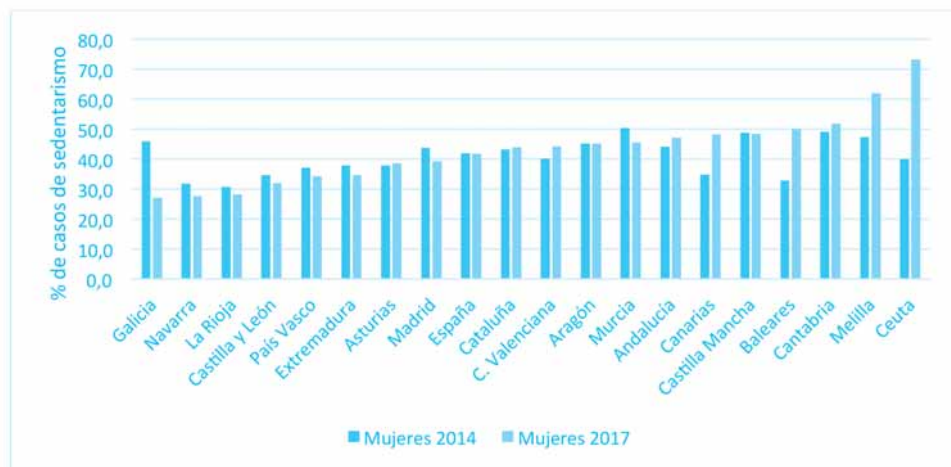


Figura 16. Prevalencia de sedentarismo en la población femenina de 15 y más años por CC.AA. los años 2014 y 2017, ordenada de menor a mayor del año 2017



4.7.2. Prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en menores

Los datos que proporciona el INE acerca de esta prevalencia son de nivel estatal a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, y están disponibles para los años 2011 y 2017. Las tasas de prevalencia son elevadas en el conjunto de niños y niñas de 0 a 4 años, en parte por el período de su vida en que el que dormir forma parte de su cotidianidad. Sin embargo, comparando las cifras de los años 2011 y 2017, se advierte un incremento de la tasa, que evidencia que las personas que tienen a su cargo a los niños no están invirtiendo, con gran probabilidad, el suficiente tiempo en desarrollar las actividades físicas adaptadas a sus necesidades. En el caso de la población masculina, esto es especialmente preocupante. En el segmento de 5 a 14 años, el resultado es similar pero todavía a menor escala. En general, se percibe que el sedentarismo se está fomentando en edades tempranas, lo cual no es deseable de cara al control del sobrepeso y el desarrollo armónico de las personas.

Tabla 19. Prevalencia de sedentarismo en tiempo de ocio en población infantil de 0 a 14 años en España los años 2011 y 2017

	Año 2011			Año 2017			Variación 2017/2011 (%)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
De 0 a 4 años	46,15	54,80	50,34	52,90	55,02	53,92	14,63	0,40	7,11
De 5 a 14 años	8,24	16,25	12,13	10,84	17,36	14,00	31,55	6,83	15,42

Fuente: INE, Encuesta Nacional de Salud 2011 y 2017

4.7.3. Tiempo medio diario dedicado por los menores de 16 años a actividades sedentarias en el hogar

Las tablas 20 y 21 muestran los porcentajes de menores de 1 a 14 años que han dedicado nada o casi nada, menos de una hora y una hora o más de tiempo libre diario frente a una pantalla de lunes a viernes y en fin de semana, respectivamente, en España y en cada Comunidad Autónoma.

En el año 2011, la tasa media española más elevada fue para la opción de dedicación de una hora o más tiempo entre semana, con un 63,37% de casos. En 2017, se dio el mismo resultado, pero con un incremento de esta tasa del 16,57%, lo que la elevó hasta un 73,87%. La distribución más favorable de este indicador se dio en Cantabria tanto en el año 2011 como en el 2017 y la menos favorable en Melilla el año 2011 y en Baleares el año 2017.

En el tramo de mayor intensidad de dedicación, se produjeron los siguientes cambios significativos entre los años 2011 y 2017: aumentos leves de tasa en Andalucía, Asturias, Castilla La Mancha, Madrid y País Vasco; aumentos moderados en Extremadura y Navarra, y notables en Baleares, Castilla y León y Cataluña. Disminuciones moderadas en Ceuta y Melilla. En cualquier caso, la tendencia generalizada es el aumento de tiempo medio de dedicación a estar frente a una pantalla, lo cual, desde el punto de vista del fomento del sedentarismo y sus consecuencias no es deseable.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 20. Tiempo medio libre diario frente a una pantalla, de lunes a viernes, dedicado por el conjunto de menores de 1 a 14 años y su evolución en España y sus CC.AA., entre los años 2011 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Nada o casi nada	Menos de 1 hora	Una hora o +	Nada o casi nada	Menos de 1 hora	Una hora o +	Nada o casi nada	Menos de 1 hora	Una hora o +
Andalucía	8,81	26,85	64,34	8,33	15,95	75,72	-5,45	-40,60	17,69
Aragón	7,50	26,50	66,00	7,65	21,04	71,31	2,00	-20,60	8,05
Asturias	11,81	27,78	60,42	7,77	23,17	69,06	-34,21	-16,59	14,30
Baleares	13,85	22,05	64,10	2,92	4,60	92,47	-78,92	-79,14	44,26
Canarias	7,46	17,54	75,00	7,72	14,70	77,58	3,49	-16,19	3,44
Cantabria	19,63	34,97	45,40	5,56	46,58	47,85	-71,68	33,20	5,40
Castilla y León	21,03	26,61	52,36	6,54	15,39	78,07	-68,90	-42,16	49,10
Castilla Mancha	3,03	25,00	71,97	6,79	11,55	81,66	124,09	-53,80	13,46
Cataluña	17,04	30,98	51,98	7,75	16,11	76,14	-54,52	-48,00	46,48
C. Valenciana	6,29	23,43	70,28	8,50	18,51	72,99	35,14	-21,00	3,86
Extremadura	5,10	29,59	65,31	4,84	4,83	90,33	-5,10	-83,68	38,31
Galicia	16,73	23,57	59,70	7,13	29,60	63,27	-57,38	25,58	5,98
Madrid	13,76	22,59	63,66	11,97	16,06	71,98	-13,01	-28,91	13,07
Murcia	9,26	17,04	73,70	8,67	17,98	73,34	-6,37	5,52	-0,49
Navarra	10,49	27,78	61,73	6,99	18,40	74,61	-33,37	-33,77	20,87
País Vasco	12,24	37,96	49,80	7,93	36,91	55,16	-35,21	-2,77	10,76
La Rioja	11,68	22,63	65,69	5,75	29,30	64,96	-50,77	29,47	-1,11
Ceuta	6,78	15,25	77,97	37,90	11,29	50,81	459,00	-25,97	-34,83
Melilla	2,22	4,44	93,33	6,79	19,83	73,38	205,86	346,62	-21,38
España	11,18	25,44	63,37	8,31	17,82	73,87	-25,67	-29,95	16,57

Fuente: INCLASNS, 2019 y elaboración de los autores

El análisis de los mismos indicadores, pero aplicados al fin de semana, es similar pero más intenso. En el año 2011, la tasa media española más elevada fue para la opción de dedicación de una hora o más tiempo en fin de semana, con un 73,89% de casos. En 2017, se dio el mismo resultado, pero con un incremento de esta tasa del 11,81%, lo que la elevó hasta un 82,62%. La distribución más favorable de este indicador se dio en Castilla y León en el año 2011 y en Ceuta en el 2017 y la menos favorable en Melilla el año 2011 y en Baleares el año 2017.

En el tramo de mayor intensidad de dedicación, se produjeron los siguientes cambios significativos entre los años 2011 y 2017: aumentos leves de la tasa en Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Galicia y el País Vasco; moderados en Andalucía, Asturias, Castilla y León y Extremadura, y notable en Baleares. Disminución leve en Melilla y moderada en Ceuta. Por consiguiente, el tiempo libre de fin de semana dedicado a estar frente a una pantalla más de una hora es un

4. Datos epidemiológicos recientes en España

recurso de ocio ampliamente extendido entre la población de menores de 1 a 16 años, lo que alienta la búsqueda de alternativas con el objetivo de reducir el fomento del sedentarismo y el aislamiento personal.

Tabla 21. Tiempo medio libre diario frente a una pantalla, el fin de semana, dedicado por el conjunto de menores de 1 a 14 años y su evolución en España y sus CC.AA., entre los años 2011 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Nada o casi nada	Menos de 1 hora	Una hora o +	Nada o casi nada	Menos de 1 hora	Una hora o +	Nada o casi nada	Menos de 1 hora	Una hora o +
Andalucía	7,84	23,11	69,05	5,66	11,33	83,01	-27,81	-50,97	20,22
Aragón	6,50	16,50	77,00	6,05	14,60	79,35	-6,92	-11,52	3,05
Asturias	13,99	18,88	67,13	4,36	10,99	84,65	-68,83	-41,79	26,10
Baleares	12,89	21,13	65,98	2,12	2,70	95,18	-83,55	-87,22	44,26
Canarias	7,87	8,99	83,15	7,37	10,97	81,65	-6,35	22,02	-1,80
Cantabria	16,56	12,27	71,17	3,75	13,14	83,11	-77,36	7,09	16,78
Castilla y León	18,45	17,17	64,38	5,28	10,99	83,73	-71,38	-35,99	30,06
Castilla Mancha	5,68	18,94	75,38	3,06	7,28	89,66	-46,13	-61,56	18,94
Cataluña	13,08	15,66	71,26	12,24	8,48	79,28	-6,42	-45,85	11,25
C. Valenciana	5,43	16,09	78,48	6,44	7,57	85,99	18,60	-52,95	9,57
Extremadura	5,64	21,03	73,33	6,14	3,26	90,60	8,87	-84,50	23,55
Galicia	15,65	17,18	67,18	5,18	19,15	75,68	-66,90	11,47	12,65
Madrid	7,39	10,27	82,34	8,36	6,93	84,71	13,13	-32,52	2,88
Murcia	9,63	15,93	74,44	8,18	15,42	76,40	-15,06	-3,20	2,63
Navarra	6,79	16,05	77,16	7,79	11,85	80,36	14,73	-26,17	4,15
País Vasco	9,39	22,45	68,16	5,76	18,42	75,82	-38,66	-17,95	11,24
La Rioja	4,38	14,60	81,02	0,61	14,33	85,06	-86,07	-1,85	4,99
Ceuta	8,62	13,79	77,59	31,86	8,18	59,97	269,61	-40,68	-22,71
Melilla	2,22	3,33	94,44	6,29	14,97	78,74	183,33	349,55	-16,62
España	9,40	16,70	73,89	7,21	10,16	82,62	-23,30	-39,16	11,81

Fuente: INCLASNS, 2019 y elaboración de los autores

4.7.4. Nivel de actividad física: porcentaje de adultos según el grado de intensidad con que practican alguna actividad físico-deportiva

La encuesta nacional de salud, cuyos datos publica el INE con regularidad, proporciona datos acerca de la intensidad de realización de actividades físicas por parte de la población de 15 a 69 años. En el presente estudio se ha deseado estudiar la evolución de este indicador entre las dos últimas ediciones de la encuesta, que corresponden a los años 2011 y 2017. Sin embargo, al recopilar los datos se ha hallado que la forma que presentar los de cada edición es diferente. Así, para el año 2011, el INE proporciona datos de esta variable: Actividad física

4. Datos epidemiológicos recientes en España

realizada durante los últimos 7 días según sexo y comunidad autónoma para la población de 15 a 69 años, distribuida en cuatro categorías (actividad física intensa, moderada, ligera y no realiza ninguna actividad), mientras que para el año 2017, el INE proporciona los datos en una variable parecida: Nivel de actividad física según sexo y comunidad autónoma para la población de 15 a 69 años distribuida en tres categorías (nivel alto, nivel moderado y nivel bajo). Las variables no son exactamente comparables, por lo que los resultados mostrados en la Tabla 22 y sus comparaciones, constituyen una aproximación. Para poder establecer esta aproximación, se han agregado los porcentajes del año 2011 de las categorías actividad física ligera y no realiza ninguna actividad y se han mostrado como una categoría de nivel bajo similar a la registrada el año 2017.

Tabla 22. Nivel de actividad física por comunidad autónoma. Población total de 15 a 69 años.

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Bajo
Andalucía	20,38	14,73	64,89	20,22	36,95	42,83	-0,79	150,85	-34,00
Aragón	22,41	23,27	54,32	10,94	44,69	44,37	-51,18	92,05	-18,32
Asturias	14,53	19,71	65,76	18,14	49,78	32,08	24,85	152,56	-51,22
Baleares	24,19	27,21	48,60	20,46	44,19	35,34	-15,42	62,40	-27,28
Canarias	23,97	20,70	55,33	27,02	26,34	46,64	12,72	27,25	-15,71
Cantabria	19,87	19,95	60,18	9,15	56,65	34,19	-53,95	183,96	-43,19
Castilla y León	26,49	20,58	52,93	24,42	41,95	33,63	-7,81	103,84	-36,46
Castilla Mancha	11,92	20,33	67,75	25,90	38,07	36,04	117,28	87,26	-46,80
Cataluña	21,88	18,06	60,06	18,02	32,73	49,25	-17,64	81,23	-18,00
C. Valenciana	18,32	18,16	63,52	40,01	38,49	21,50	118,40	111,95	-66,15
Extremadura	22,14	14,25	63,61	40,90	40,70	18,40	84,73	185,61	-71,07
Galicia	20,25	34,73	45,02	8,81	54,71	36,47	-56,49	57,53	-18,99
Madrid	27,59	15,67	56,74	34,38	51,03	14,59	24,61	225,65	-74,29
Murcia	23,31	24,50	52,19	9,06	23,07	67,87	-61,13	-5,84	30,04
Navarra	15,54	24,17	60,29	40,07	37,76	22,17	157,85	56,23	-63,23
País Vasco	7,82	35,26	56,92	25,45	51,08	23,47	225,45	44,87	-58,77
La Rioja	21,92	21,21	56,87	15,95	38,62	45,43	-27,24	82,08	-20,12
Ceuta	34,88	16,61	48,51	13,78	12,34	73,88	-60,49	-25,71	52,30
Melilla	19,78	9,06	71,16	58,61	30,90	10,49	196,31	241,06	-85,26
España	21,04	19,88	59,08	24,33	40,39	35,28	15,64	103,17	-40,28

Fuente: ENSE 2011, 2017, INE Base

El año 2011, las situaciones más precarias en cuanto a la prevalencia de realización de ejercicio con cierta intensidad en la población de 15 a 69 años se dieron en Asturias, Castilla La Mancha y Melilla, mientras que las más favorables se podían atribuir a Baleares, Galicia y Melilla. En cambio, en el año 2017, las

situaciones más desfavorables se dieron en Murcia y Ceuta y las más favorables en la Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid y Melilla. Teniendo en cuenta que la comparación entre ambos años es una aproximación, los resultados indican que se ha dado una franca mejoría en cuanto a la realización de ejercicio por parte de la población analizada en prácticamente todas las autonomías excepto en Murcia y Melilla. Así, en 9 territorios de 19 (47,3% del total) se dan aumentos significativos del nivel alto de práctica y en 17 (89,5% del total), se dan aumentos significativos del nivel moderado de práctica, todos ellos acompañados de disminuciones del porcentaje de nivel bajo o nulo de práctica, salvo en los casos de Murcia y Melilla en que esta proporción aumenta moderadamente. El resultado sugiere que se está dando cierta concienciación de la importancia de practicar actividades físicas en este segmento de la población, lo cual es altamente deseable en el actual contexto de aumento progresivo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. No obstante, este factor es uno de los diversos determinantes de salud, por lo que su mejoría, aunque es buena noticia y contribuye positivamente, no parece estar siendo suficiente para contrarrestar el problema de aumento progresivo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad que padecemos en la actualidad.

En este sentido, comparando los datos de la población masculina y femenina, que se muestran en las Tablas 23 y 24, se advierte que, en general, las tasas de baja actividad tienden a ser más elevadas entre las mujeres que entre los hombres, lo que sugiere que éstos se implican más en la realización de algún tipo de actividad deportiva. Sin embargo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se está extendiendo más rápidamente entre la población masculina, por lo que, en el momento presente, este factor no parece contrarrestar suficientemente el impacto de otros. Con todo, la evolución de este indicador es positiva en todos los territorios, excepto en Murcia y Melilla, tanto para la población masculina como para la femenina.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 23. Nivel de actividad física por comunidad autónoma. Población masculina de 15 a 69 años.

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Bajo
Andalucía	30,01	14,68	55,31	26,94	33,46	39,60	-10,23	127,93	-28,40
Aragón	34,25	22,95	42,80	14,69	43,62	41,69	-57,11	90,07	-2,59
Asturias	22,02	22,50	55,48	24,36	44,33	31,31	10,63	97,02	-43,57
Baleares	28,92	28,31	42,77	28,22	37,61	34,17	-2,42	32,85	-20,11
Canarias	32,33	19,49	48,18	35,30	25,50	39,21	9,19	30,84	-18,62
Cantabria	31,57	20,69	47,74	13,05	53,95	33,00	-58,66	160,75	-30,88
Castilla y León	35,11	19,84	45,05	33,44	37,33	29,23	-4,76	88,16	-35,12
Castilla Mancha	18,93	23,41	57,66	33,75	32,52	33,73	78,29	38,91	-41,50
Cataluña	30,26	16,06	53,68	23,15	29,12	47,73	-23,50	81,32	-11,08
C. Valenciana	25,37	20,03	54,60	42,91	34,38	22,71	69,14	71,64	-58,41
Extremadura	30,63	15,98	53,39	47,68	34,49	17,84	55,66	115,83	
Galicia	28,52	37,25	34,23	13,86	50,35	35,78	-51,40	35,17	4,53
Madrid	38,27	13,65	48,08	40,69	45,77	13,54	6,32	235,31	
Murcia	28,22	25,04	46,74	12,75	19,23	68,03	-54,82	-23,20	45,55
Navarra	24,07	21,24	54,69	46,67	32,89	20,44	93,89	54,85	
País Vasco	12,91	37,29	49,80	33,07	45,45	21,48	156,16	21,88	-56,87
La Rioja	31,49	23,24	45,27	20,13	34,38	45,48	-36,07	47,93	0,46
Ceuta	36,81	11,56	51,63	22,57	8,79	68,64	-38,69	-23,96	32,95
Melilla	33,01	9,14	57,85	61,99	27,93	10,09	87,79	205,58	
España	29,51	19,87	50,62	30,29	36,20	33,51	2,64	82,18	-33,80

Fuente: ENSE 2011, 2017, INE Base

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 24. Nivel de actividad física por comunidad autónoma. Población femenina de 15 a 69 años.

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Bajo
Andalucía	10,50	14,78	74,72	13,46	40,45	46,09	28,19	173,68	-38,32
Aragón	10,33	23,59	66,08	7,11	45,79	47,11	-31,17	94,11	-28,71
Asturias	7,22	16,98	75,80	12,42	54,79	32,79	72,02	222,67	-56,74
Baleares	19,46	26,12	54,42	12,60	50,87	36,53	-35,25	94,75	-32,87
Canarias	15,35	21,95	62,70	18,54	27,21	54,26	20,78	23,96	-13,46
Cantabria	8,36	19,22	72,42	5,16	59,42	35,42	-38,28	209,16	-51,09
Castilla y León	17,67	21,34	60,99	14,85	46,85	38,30	-15,96	119,54	-37,20
Castilla Mancha	4,58	17,11	78,31	17,83	43,76	38,40	289,30	155,76	-50,96
Cataluña	13,53	20,05	66,42	13,03	36,24	50,73	-3,70	80,75	-23,62
C. Valenciana	11,10	16,25	72,65	37,13	42,56	20,31	234,50	161,91	-72,04
Extremadura	13,44	12,48	74,08	33,78	47,22	19,00	151,34	278,37	-74,35
Galicia	12,29	32,30	55,41	3,86	58,99	37,15	-68,59	82,63	-32,95
Madrid	17,45	17,59	64,96	28,38	56,03	15,59	62,46	218,53	-76,00
Murcia	18,07	23,94	57,99	5,17	27,13	67,70	-71,39	13,32	16,74
Navarra	6,72	27,19	66,09	33,20	42,83	23,97	394,05	57,52	-63,73
País Vasco	2,71	33,22	64,07	18,01	56,59	25,41	564,58	70,35	-60,34
La Rioja	12,21	19,15	68,64	11,77	42,86	45,37	-3,60	123,81	-33,90
Ceuta	33,20	21,00	45,80	4,68	16,02	79,30	-85,90	-23,71	73,14
Melilla	3,30	8,95	87,75	55,17	33,93	10,90	1571,82	279,11	-87,58
España	12,53	19,89	67,58	18,41	44,55	37,04	46,93	123,98	-45,19

Fuente: ENSE 2011, 2017, INE Base

4.7.5. Actividad física en edad escolar

La práctica de actividad física en edad escolar constituye un elemento de gran valor asociado con la prevención del sobrepeso y la obesidad combinado con una dieta saludable. Los estudios realizados hasta la fecha en este ámbito ponen de manifiesto que los programas de actividad física más adecuados para reducir el porcentaje de grasa corporal son aquellos que cuentan con un importante componente aeróbico, si bien los ejercicios de fuerza también han demostrado ser útiles. Otros entrenamientos, como los de intervalos de alta intensidad, aún están en estudio, y es necesario más tiempo para demostrar claramente su eficacia en este colectivo. En cualquier caso, parece evidente que los entrenamientos, al tratarse de jóvenes, han de contar con un claro componente lúdico y deben ser motivantes para quien los realizan y, en la medida de lo posible, se debe tender a individualizarlos. Diversos programas implementados en diversos países hasta la fecha han dado buenos resultados, y son eficientes desde un

punto de vista económico atendiendo a su coste y beneficios generados, si bien casi todos se han desarrollado hasta la fecha en zonas de alto nivel de desarrollo. Son necesarios estudios en países más pobres para determinar la validez de sus resultados (36).

Para evaluar el estado general del desarrollo de actividad física en la población escolar de nuestro país, se incluye en este apartado una síntesis de los principales indicadores obtenidos el año 2011 en la última encuesta realizada por el Consejo Superior de Deportes (CSD) sobre hábitos deportivos de dicha población e incluidos en el Informe de Evaluación y Seguimiento de la Estrategia NAOS.

La actividad física en el ámbito escolar se divide en organizada y no organizada. Así, por un lado, se entiende por actividad físico-deportiva organizada el conjunto de actividades que se realizan de forma regular con un horario, instalaciones y responsables técnicos establecidos. En esta definición, se incluyen tanto las actividades físicas genéricas como los entrenamientos y competiciones deportivas. Por otro lado, se entiende por actividad físico-deportiva no organizada, aquella que realizan los escolares por su cuenta, sin profesor/a, monitor/a o responsable técnico.

A partir de estas definiciones, la encuesta del CSD (37) ofrece dos indicadores principales que miden la prevalencia de actividad física en la población en edad escolar: el porcentaje de esta población que practica alguna actividad física o deporte de forma organizada fuera del horario escolar, y el porcentaje de población escolar que practica alguna actividad física o deporte de forma no organizada, fuera del horario escolar. Las fórmulas de cálculo de estos indicadores son, respectivamente:

$$\frac{\text{Nº de escolares que practican actividad físico – deportiva de forma organizada}}{\text{Nº de escolares encuestados}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de escolares que practican actividad físico – deportiva de forma NO organizada}}{\text{Nº de escolares encuestados}} \times 100$$

En la Tabla 25 se muestran los resultados para estos dos indicadores por sexo y comunidad autónoma y, como complemento, la tasa de escolares que practican actividades físico-deportivas en vacaciones y el índice de actividad físico-deportiva que, en función de las horas semanales de práctica, clasifica a los escolares en sedentarios, moderadamente sedentarios, moderadamente activos y activos.

De la observación de los datos se desprende que, tanto a nivel nacional como autonómico, los varones muestran tasas superiores a las de las mujeres en participación en actividad físico-deportiva organizada y no organizada y que, para ambos géneros, la tasa de actividad físico-deportiva no organizada es superior a la organizada.

En general, la situación de la actividad físico-deportiva en España era bastante positiva en el año 2011, pero al no existir informes recientes, es difícil predecir cómo ha evolucionado. Así, por un lado, las tasas de participación masculinas en actividades físico-deportiva organizadas superaban el 70 en todas las autonomías salvo en Andalucía y Cantabria y, en el País Vasco se alcanzaba un máximo del 85%, quedando la media estatal en un notable 73%. La participación de las mujeres osciló entre el 39% en Andalucía y el 70% en el País Vasco, con una media estatal del 53%. Por otro lado, las tasas de participación masculinas en actividades físico-deportivas no organizadas fueron superiores al 80% en todas las autonomías, con un valor máximo para Navarra (91%) y mínimo para Cataluña (84%). Las tasas femeninas oscilaron entre el valor mínimo de Cataluña (74%) y el máximo de Navarra (81%), cifras, muy elevadas. También la tasa de actividad físico-deportiva en vacaciones, que el informe sólo ofrece de forma agregada sobre el conjunto de la población escolar, mostró tasas superiores al 70% en todas las autonomías, destacando el País Vasco con un valor máximo del 88%.

Sin embargo, la calidad de la práctica físico-deportiva no está meramente determinada por la participación, sino que otros factores como la frecuencia e intensidad de realización son los que perfilan su calidad. En este sentido, la información proporcionada por el índice de actividad físico-deportiva es más sensible y, gracias a ella se pudo saber que, a pesar de las elevadas tasas de participación, cerca de la mitad de los escolares daban un perfil sedentario o moderadamente sedentario en todas las autonomías y la otra mitad o un poco más en algunas, daban un perfil activo o moderadamente activo.

Desde el punto de vista de la contribución a la reducción del riesgo de padecer sobrepeso u obesidad en esta población, es importante controlar este tipo de indicador y fomentar, no sólo la realización de actividades físico-deportivas, sino las recomendaciones adecuadas al logro de su efectividad como elemento de contención de estas patologías en este segmento de la población tan vulnerable a las mismas.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 25. Indicadores de práctica físico-deportiva para la población escolar total y por Comunidades Autónomas el año 2011

CC.AA.	2011 actividad físico-deportiva organizada		2011 actividad físico-deportiva no organizada		2011 actividad físico-deportiva en vacaciones	2011 índice de actividad físico-deportiva*			
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total	S	MS	MA	A
Andalucía	63	39	88	81	82	34	8	11	47
Aragón	73	57	84	77	80	39	13	11	37
Asturias	73	48	86	62	84	35	12	11	42
Baleares	75	65	84	76	78	34	14	14	38
Canarias	71	50	87	75	82	34	10	10	45
Cantabria	69	46	88	77	83	38	11	10	41
Castilla y León	71	57	90	84	87	32	12	11	45
Castilla Mancha	75	58	90	79	83	34	11	11	44
Cataluña	74	61	84	74	79	37	14	11	38
C. Valenciana	73	51	85	80	79	38	11	10	41
Extremadura	70	44	90	80	80	37	8	10	45
Galicia	76	54	89	80	85	34	12	9	45
Madrid	74	49	87	77	83	36	12	10	42
Murcia	70	48	90	81	83	35	10	14	44
Navarra	76	66	91	81	87	25	14	13	48
País Vasco	85	70	89	80	88	28	13	12	47
La Rioja	73	52	89	82	85	34	12	12	42
Ceuta	78	40	87	67	72	45	10	6	38
Melilla	73	58	86	80	85	NC	NC	NC	NC
España	73	53	78	66	83	35	11	11	43

Fuente: Encuesta sobre hábitos deportivos en la población escolar 2011. Nota*: S = sedentarismo 0-2 h/semana; MS = moderadamente sedentario 3 h/semana; MA = moderadamente activo 4 h/semana; A = activo 5 o + h/semana

4.7.6. Porcentaje de personas con 15 o más años que pasean para mejorar su forma física

Tomando como referencia los resultados de la Encuesta de hábitos deportivos más reciente, que corresponde al año 2015, los resultados totales se muestran en la Tabla 26. De ellos se desprende que el hábito de caminar está bastante extendido, a veces como actividad única y a veces en combinación con la práctica de otros deportes. Un 70,6% de la población de 15 y más años suele andar o pasear, actividad algo más extendida entre las mujeres (74%) que entre los hombres (67%). La mayoría lo hace al menos una vez al mes, pero la práctica semanal abarca proporciones muy similares y la diaria muestra una prevalencia de casi la mitad de la población.

El grupo de los que suelen andar o pasear al menos una vez a la semana, un 33,4%, además, practican algún deporte, mientras que un 34,9% no lo hace. En definitiva, el estudio señala que un 81,1% de la población suele andar o pasear o practicar deporte semanalmente, lo cual constituyó un resultado muy positivo en el año 2015.

En la Tabla 27 se muestran los resultados básicos de la práctica de caminar por Comunidades Autónomas según la misma fuente. En todas las autonomías, el porcentaje de población que suele andar supera el 60%. No obstante, Castilla y León destaca como la zona en que este porcentaje alcanza el máximo valor (81,9%) y Murcia como la zona en que se da el valor mínimo (60,8%) de este indicador y también de los parciales en función de la frecuencia.

Tabla 26. Personas según el hábito de andar o pasear (2015)

Porcentajes sobre muestra total	Hombres	Mujeres	Total
Total: suelen andar o pasear	67,0	74,0	70,6
Diariamente	46,3	51,8	49,1
Al menos una vez a la semana	64,7	71,6	68,2
Al menos una vez al mes	66,4	73,3	69,9
División del grupo de los que suelen andar o pasear al menos una vez a la semana	Hombres	Mujeres	Total
Suelen andar o pasear y practican deporte semanalmente	33,6	33,1	33,4
Suelen andar o pasear y no practican deporte semanalmente	31,1	38,5	34,9
Suelen andar o pasear o practicar deporte semanalmente	81,6	80,6	81,1

Fuente: Encuesta de hábitos deportivos 2015

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 27. Personas según la frecuencia con que suelen andar o pasear al menos diez minutos seguidos con el propósito de mantener o mejorar su forma física por CC.AA. el año 2015 (% sobre muestra total)

CC.AA.	Total: suelen andar (%)	Todos los días (%)	Al menos una vez a la semana (%)	Al menos una vez al mes (%)
Andalucía	67,5	46,7	65,7	66,5
Aragón	71,0	56,2	69,9	70,4
Asturias	73,3	57,0	72,8	73,0
Baleares	69,3	46,9	67,8	69,2
Canarias	76,0	40,5	74,2	75,8
Cantabria	69,2	55,7	68,3	68,8
Castilla y León	81,9	64,8	79,6	81,3
Castilla Mancha	65,5	46,7	62,7	65,1
Cataluña	70,1	49,5	68,1	69,8
C. Valenciana	66,2	44,1	63,7	65,9
Extremadura	70,4	51,8	68,3	69,9
Galicia	69,6	46,5	65,5	68,2
Madrid	77,4	56,5	74,6	76,5
Murcia	60,8	31,1	57,3	59,9
Navarra	67,2	46,9	64,9	67,0
País Vasco	68,0	46,5	65,4	68,0
La Rioja	66,9	41,7	62,3	66,5
Ceuta y Melilla	74,1	38,8	71,1	73,2
España	70,6	49,1	68,2	69,9

Fuente: Encuesta de hábitos deportivos 2015

4.8. Porcentaje de adultos que desayunan diariamente

El desayuno es la primera comida del día. Ayuda a reorganizar los cambios metabólicos sufridos durante la noche, evita los efectos de un ayuno prolongado y, en muchas ocasiones, incluye el primer líquido ingerido tras un largo periodo de tiempo, por lo que contribuye a mantener el estado hídrico correcto (28).

Según un reciente informe presentado por la Fundación Española de la Nutrición (FEN), en diversos estudios se ha relacionado el hábito de desayunar con una menor prevalencia de obesidad. Sin embargo, el informe también señala que otros estudios no encontraron ninguna asociación entre el desayuno y la pérdida de peso o incluso que saltarse el desayuno condujo a la pérdida de peso. Por tanto, la FEN indica que “no solo es importante el hecho de desayunar o no, sino que se debe tener en cuenta la composición de este y su presentación”. Asimismo, explican que también se ha de tener en cuenta la influencia de

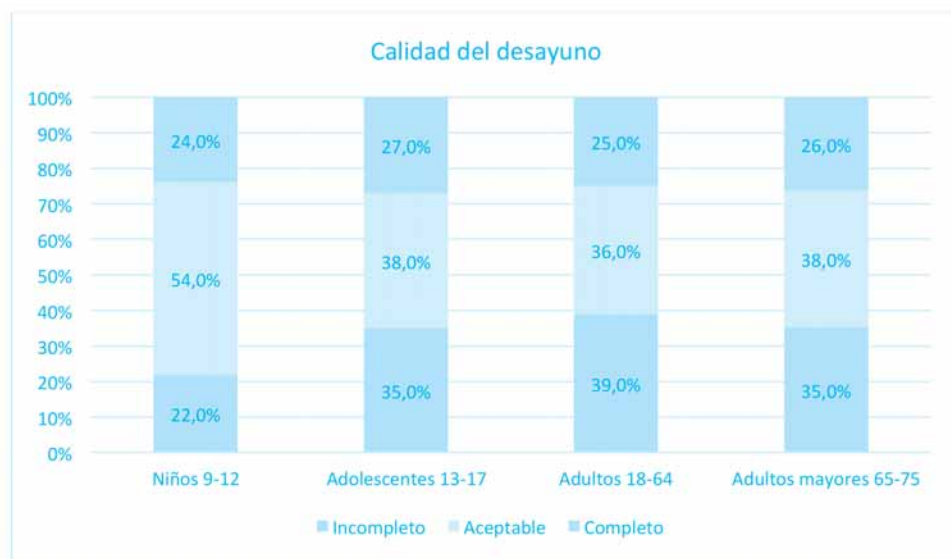
otros factores relacionados, puesto que se ha observado una relación positiva entre el desayuno y el ejercicio físico, y negativa con respecto al tabaco, a cenar tarde, consumo de alcohol, e ingesta de energía diaria. Estos resultados indican que se debe estudiar si las recomendaciones más específicas con respecto a los tipos de comidas o cantidad de comida pueden mejorar los resultados de la pérdida de peso (28).

Las costumbres o platos típicos para el desayuno varían mucho dependiendo del país. Sin embargo, las recomendaciones en cuanto a grupos de alimentos, calorías y distribución de estos son similares en la mayoría de las Guías Alimentarias de cada país. En España, el desayuno habitual consiste en una bebida caliente (ya sea café o leche con chocolate) acompañada de galletas, cereales de desayuno, pan y/o fruta.

4.8.1. Los datos del estudio ANIBES

El estudio ANIBES se llevó a cabo en 2013 mediante una encuesta, representativa de la población española de 9 a 75 años y fue coordinado por la Fundación Española de la Nutrición (FEN). Para la compilación de datos, se utilizó un método indirecto de medida de la ingesta de alimentos (Registro Dietético de 3 días, con dos días laborables y uno de fin de semana). El registro consistió en describir todos los alimentos y bebidas consumidos a lo largo del día, realizando además fotografías mediante Tablet antes y después de la ingesta (restos). Para los resultados presentados, se tuvo en cuenta la ingesta de alimentos recogidos en el momento del desayuno. Uno de los resultados principales de esta prospección se muestra en la Figura 17, extraída del informe publicado por la FEN en febrero de 2018.

Figura 17. Distribución de la población española según la categorización del desayuno en 2013

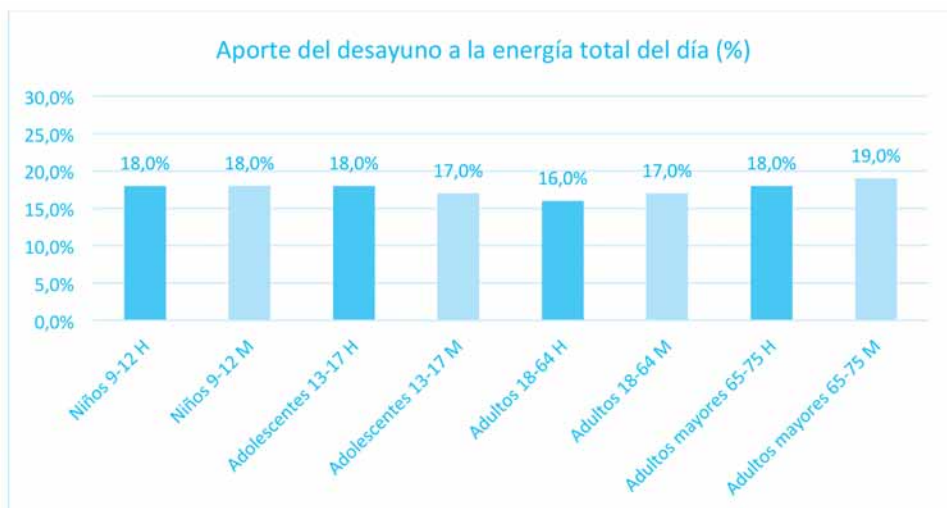


Fuente: Estado de situación sobre el desayuno en España. FEN 2018.

Los datos agregados del estudio científico ANIBES señalaron que sólo el 25% de la población toma un desayuno completo, el 38% toma un desayuno incompleto y el 37% toma un desayuno aceptable en términos de la energía total consumida al día. Por otro lado, el estudio UNINUT (Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles), también liderado por la FEN, y representativo de España para este tipo de población, encontró que el 91,3% de los encuestados tomaron “algo” en el desayuno, pero únicamente el 36,4% de los desayunos alcanzaron un aporte de energía superior al 20%, acorde con lo recomendado, es decir, que este porcentaje esté entre un 20 y un 25% de la energía total consumida al día (28). La cifra para los estudiantes universitarios quedó, pues, dentro del espectro ya captado por el estudio ANIBES.

Otros resultados del estudio señalaron que la ingesta media a partir del desayuno es de 296 ± 24 kcal/día (310 ± 28 kcal/día en hombres y 283 ± 20 kcal/día en mujeres), lo que supone aproximadamente el 16,7% de la energía total consumida diaria (16,1% en hombres y 17,3% en mujeres). En conclusión, del estudio se desprendió que el aporte energético medio del desayuno no alcanzaba la recomendación del 20-25% de la energía total consumida al día, para ninguno de los grupos de edad y sexo, cuyo detalle se puede ver en la Figura 18.

Figura 18. Distribución de la población española según la categorización del desayuno en 2013

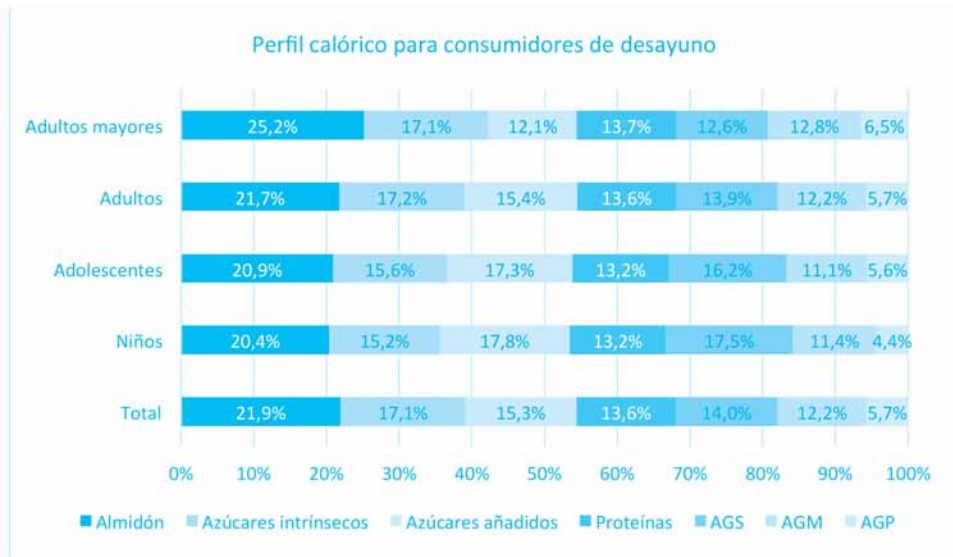


Fuente: Estado de situación sobre el desayuno en España. FEN 2018.

El estudio ANTIBES realizó una aportación de gran valor analizando y describiendo la composición calórica del desayuno, cuyo perfil medio para cada grupo de población se muestra en la Figura 19. En ella se observa un mayor aporte a la energía en niños y adolescentes por parte de los azúcares añadidos y los ácidos grasos saturados. Por el contrario, para el grupo de adultos mayores se observa un mayor aporte a la energía por parte de los hidratos de carbono complejos (almidones) y los ácidos grasos monoinsaturados. Desde la óptica del estudio del sobrepeso y la obesidad, este mayor aporte por parte de azúcares añadidos y ácidos grasos saturados en los niños está en línea con el argumento de que su consumo se ha visto incrementado a lo largo de las últimas décadas en este segmento de la población, contribuyendo a agravar las tendencias hacia el desarrollo de estas patologías en este. Para mayor claridad acerca de este argumento, las Figuras 20 exponen, entre otros, el consumo de productos ricos en estas componentes en los distintos segmentos de edad, en el cual destacan los niños y los adolescentes significativamente, si bien, los porcentajes de consumo en otros segmentos también son notables.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Figura 19. Perfil calórico medio del desayuno en España total y por grupos de edad, 2013

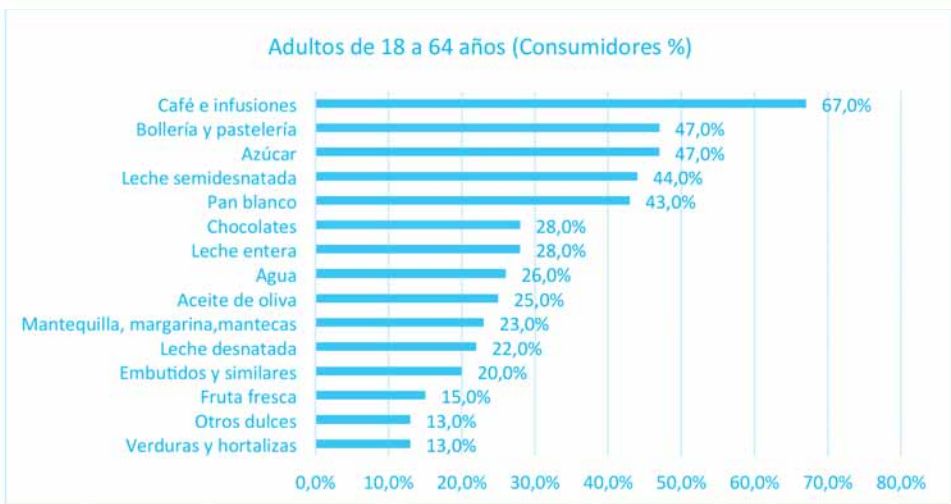


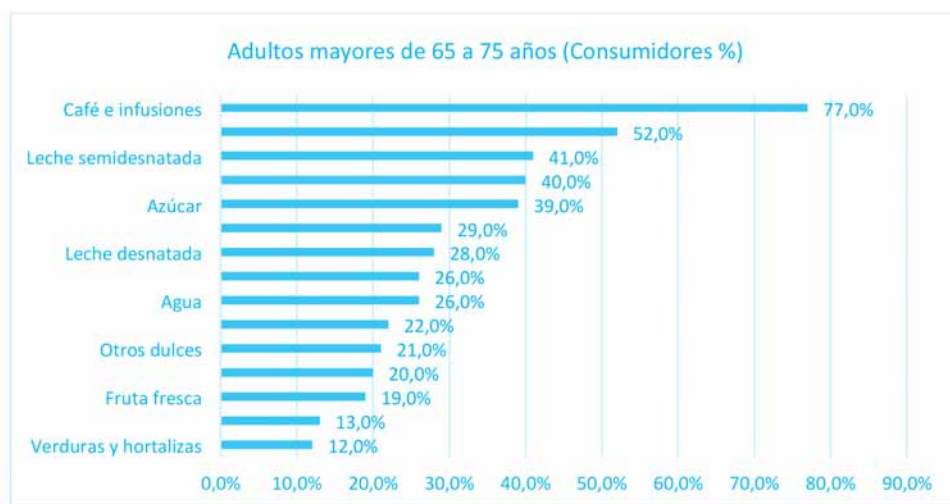
Fuente: Estado de situación sobre el desayuno en España. FEN 2018.

Figura 20. Grupos de alimentos consumidos en el desayuno



4. Datos epidemiológicos recientes en España





Fuente: Estado de situación sobre el desayuno en España. FEN 2018.

4.8.2. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud

La ENSE incluye preguntas acerca del tipo de desayuno que realiza la población en sus ediciones más recientes (2011-2012 y 2017). No obstante, en los resultados del año 2017, la información por Comunidades Autónomas sólo se proporciona para el segmento de niños de 1 a 14 años y en la edición del año 2011 sólo se proporciona para toda la población. Por consiguiente, no es posible establecer comparaciones entre ambos años por Comunidades Autónomas y simplemente se proporcionan y comentan ambas series de datos.

Así, en la Tabla 28 se puede ver que, en el año 2011, el tipo de desayuno más común en España consiste en tomar algo líquido junto con pan, tostadas, galletas, cereales o bollería (57,64% de los casos), tipo que predomina con diferencia en todas las autonomías salvo en Cataluña, donde la mayoría declara tomar otro tipo de desayuno diferente de los propuestos y en Canarias, donde, a pesar de ser el tipo más prevalente, también es casi igual de frecuente la modalidad de otro tipo de desayuno. La mayor proporción de los que toman el desayuno anterior, pero incluyendo fruta, se da en Asturias, con cerca de un 24% de la población. La mayor proporción de casos que sólo toman algo líquido se da en la Comunidad Valenciana (casi una cuarta parte de los casos), y la de personas que toman algo líquido y fruta, en el País Vasco, aunque no alcanza a un 5% de casos. Finalmente, aunque el hábito de no desayunar se daba en menos de un

4. Datos epidemiológicos recientes en España

4% de la población española del año 2011, Aragón destacó entre el resto de las autonomías con una proporción de casos del 6,44%, superior a las registradas en el resto de los territorios.

Tabla 28. Tipo de desayuno según sexo y comunidad autónoma. Población de 1 y más años, el año 2011 (% sobre muestra total)

CC.AA.	Sólo algo líquido (café, leche, té, chocolate o cacao, yogur, etc. excluyendo zumos)	Algo líquido y fruta (incluyendo zumos)	Algo líquido y pan, tostadas, galletas, cereales o bollería	Algo líquido, fruta o zumos y pan, tostadas, galletas, cereales o bollería	Otro tipo de desayuno	Nada, no suele desayunar
Andalucía	8,12	0,93	69,91	5,90	11,74	3,40
Aragón	14,65	1,99	54,10	11,01	11,80	6,44
Asturias	9,83	2,09	50,26	23,61	11,81	2,41
Baleares	10,92	2,33	65,81	7,48	9,91	3,55
Canarias	10,04	2,19	38,01	8,29	36,80	4,68
Cantabria	12,04	0,13	73,29	7,39	4,33	2,82
Castilla y León	12,96	2,11	57,28	15,17	7,88	4,61
Castilla Mancha	13,57	1,33	66,62	7,47	8,29	2,72
Cataluña	9,06	1,29	37,82	8,09	41,38	2,36
C. Valenciana	24,15	1,82	54,32	7,43	7,07	5,22
Extremadura	10,86	0,40	74,54	5,92	6,27	2,01
Galicia	14,05	3,51	55,28	15,17	8,06	3,94
Madrid	9,85	1,79	65,95	12,65	8,09	1,68
Murcia	13,29	0,42	73,94	2,44	4,34	5,58
Navarra	13,69	3,58	54,95	13,80	10,43	3,55
País Vasco	15,03	4,37	52,52	17,49	8,17	2,43
La Rioja	9,75	1,87	67,54	7,46	10,61	2,77
Ceuta	4,33	0,61	70,49	10,98	12,04	1,55
Melilla	56,22	0,00	30,03	0,00	12,39	1,36
España	12,24	1,74	57,64	9,71	15,31	3,36

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, INE Base

Así, en la Tabla 29 se puede ver que, en el año 2017, el tipo de desayuno más común en España, para la población de niños de 1 a 14 años, consiste en tomar algo líquido junto con pan, tostadas, galletas, cereales o bollería (63,55% de los casos), tipo que predomina con diferencia en todas las autonomías. La mayor proporción de los que toman el desayuno anterior, pero incluyendo fruta, se da en el País Vasco, con cerca de un 32% de la población de niños. La mayor proporción de casos que sólo toman algo líquido se da en Ceuta (con un 31,1% de los casos), y la de personas que toman algo líquido y fruta, también en Ceuta, con un 3% de casos. Otros tipos de desayunos son bastante frecuentes en algunas zonas, especialmente en Cataluña, con un 23,3% de casos. Finalmente,

4. Datos epidemiológicos recientes en España

aunque el hábito de no desayunar se daba en menos de un 1% de la población española de niños de 1 a 14 años del año 2017, Melilla destacó entre el resto de las autonomías con una proporción de casos del 4,49%, superior a las registradas en el resto de los territorios.

Tabla 29. Tipo de desayuno según sexo y comunidad autónoma. Población de 1 a 14 años, el año 2017 (% sobre muestra total de esa edad)

CC.AA.	Sólo algo líquido (café, leche, té, chocolate o cacao, yogur, etc. excluyendo zumos)	Algo líquido y fruta (incluyendo zumos)	Algo líquido y pan, tostadas, galletas, cereales o bollería	Algo líquido, fruta o zumos y pan, tostadas, galletas, cereales o bollería	Otro tipo de desayuno	Nada, no suele desayunar
Andalucía	13,59	0,43	62,48	10,46	11,24	1,79
Aragón	5,63	0,29	74,78	9,58	9,60	0,12
Asturias	2,84	1,02	57,61	30,48	6,78	1,27
Baleares	4,50	0,19	75,55	6,46	12,10	1,20
Canarias	6,88	0,88	65,99	11,29	14,95	0,00
Cantabria	4,70	0,87	84,02	4,41	6,00	0,00
Castilla y León	7,99	0,12	67,72	16,50	7,53	0,15
Castilla Mancha	9,25	0,11	78,74	5,94	4,31	1,65
Cataluña	11,84	1,09	48,89	14,42	23,30	0,47
C. Valenciana	19,90	2,39	61,63	7,00	8,23	0,85
Extremadura	1,99	0,00	80,15	10,36	6,02	1,48
Galicia	1,82	1,37	68,11	21,48	5,55	1,67
Madrid	2,17	0,35	67,79	19,34	9,49	0,85
Murcia	14,46	0,19	70,61	8,72	4,00	2,01
Navarra	6,99	0,00	64,50	17,06	10,89	0,56
País Vasco	3,44	0,86	57,61	31,62	6,47	0,00
La Rioja	4,95	1,13	63,63	19,06	10,44	0,79
Ceuta	31,11	3,05	53,95	4,17	6,91	0,81
Melilla	20,78	0,00	67,92	2,66	4,14	4,49
España	9,59	0,78	63,55	13,75	11,34	0,99

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017, INE Base

4.9. Indicadores sobre pautas recomendables de alimentación

En los últimos años, la Estrategia mundial OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud está haciendo hincapié en el aumento del consumo de frutas y verduras como una de las recomendaciones que hay que tener en cuenta al elaborar las políticas y directrices dietéticas nacionales tanto para la población como para los individuos.

Un informe de la OMS y la FAO publicado recientemente recomienda como objetivo poblacional la ingesta de un mínimo de 400 g diarios de frutas y verduras

(excluidas las patatas y otros tubérculos feculentos) para prevenir enfermedades crónicas como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes o la obesidad, así como para prevenir y mitigar varias carencias de micronutrientes, sobre todo en los países menos desarrollados. En este apartado se analiza la evolución del consumo diario de fruta y verdura utilizando los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y comparando los de las ediciones 2011 y 2017, que constituyen los indicadores más aproximadas para saber si se está cumpliendo la estrategia recomendada por la OMS en España.

4.9.1. Consumo diario de fruta fresca

En la Tabla 30 se puede ver la evolución del porcentaje de población que consume fruta a diario. Este indicador ha aumentado un 4,54% entre los años 2011 y 2017, pasando de una media del 61,43% a una media nacional del 64,22%. No obstante, los resultados por autonomías no son uniformes y hay algunas que acusan descensos de consumo diario de fruta fresca significativos, destacando el caso de Cantabria con una disminución alta y Melilla con una disminución moderada.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 30. Consumo diario de fruta fresca (excluyendo zumos) en la población de 1 y más años, total y por Comunidades Autónomas los años 2011 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	51,82	60,32	56,12	51,12	58,81	55,01	-1,35	-2,50	-1,98
Aragón	64,22	71,76	68,03	64,76	74,66	69,74	0,84	4,04	2,51
Asturias	63,53	72,85	68,38	63,67	76,23	70,20	0,22	4,64	2,66
Baleares	60,68	70,56	65,60	47,50	51,31	49,40	-21,72	-27,28	-24,70
Canarias	49,73	59,83	54,80	59,76	70,23	65,04	20,17	17,38	18,69
Cantabria	68,42	76,81	72,72	16,69	23,01	19,91	-75,61	-70,04	-72,62
Castilla y León	72,03	78,61	75,36	68,91	78,93	73,95	-4,33	0,41	-1,87
Castilla Mancha	60,29	74,41	67,29	80,68	84,42	82,54	33,82	13,45	22,66
Cataluña	47,84	53,22	50,58	53,30	68,93	61,28	11,41	29,52	21,15
C. Valenciana	67,47	71,42	69,45	69,83	73,56	71,72	3,50	3,00	3,27
Extremadura	52,77	63,68	58,29	59,18	70,61	64,93	12,15	10,88	11,39
Galicia	59,11	69,23	64,36	51,86	61,87	57,04	-12,27	-10,63	-11,37
Madrid	63,31	65,18	64,28	71,10	79,74	75,59	12,30	22,34	17,59
Murcia	50,03	55,19	52,58	39,84	44,98	42,42	-20,37	-18,50	-19,32
Navarra	59,57	63,03	61,30	64,44	71,80	68,17	8,18	13,91	11,21
País Vasco	61,62	73,86	67,94	58,24	75,97	67,38	-5,49	2,86	-0,82
La Rioja	60,81	62,70	61,76	55,55	70,52	63,12	-8,65	12,47	2,20
Ceuta	51,41	51,46	51,44	55,94	52,21	54,10	8,81	1,46	5,17
Melilla	81,64	68,48	75,32	47,68	50,80	49,22	-41,60	-25,82	-34,65
España	57,92	64,83	61,43	59,39	68,88	64,22	2,54	6,25	4,54

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011 y 2017, INE Base

Por otro lado, comparando el comportamiento de hombres y mujeres, las segundas consumen fruta a diario en mayor proporción, resultado que se da tanto en la encuesta de 2011 como en la de 2017. El resultado se mantiene en todas las autonomías excepto en Melilla para el año 2011 y en Ceuta para el año 2017. Cantabria muestra una reducción alta del consumo tanto en el caso de hombres como de mujeres entre ambos años, Melilla una reducción notable en el caso de los hombres y moderada en el caso de las mujeres y, Baleares muestra también una reducción moderada en ambos géneros. En cambio, en Castilla La Mancha y Canarias, se da un aumento moderado entre los hombres y leve entre las mujeres, lo opuesto a lo que sucede en Cataluña y Madrid. Navarra y La Rioja también muestran aumentos leves de consumo, pero por parte de la población femenina, no siendo significativas el resto de las variaciones.

4.9.2. Consumo diario de verdura, ensaladas y hortalizas

En la Tabla 31 se presenta la evolución del consumo diario de verduras en la población entre los años 2011 y 2017. En este caso, se parte de una media nacional del 45,78% en el año 2011, que disminuye un 11,71% entre ambos años, para situarse en un 40,42%. El consumo diario es mayor entre las mujeres que entre los hombres en ambos años, pero ha disminuido en ambos grupos: un 16,36% en el caso de los hombres y un 8,08% en el caso de las mujeres. El resultado, desde el punto de vista de control del sobrepeso y la obesidad no es deseable y afecta más a la población masculina, acorde con los datos de prevalencia de estas patologías.

Tabla 31. Consumo diario de verdura en la población de 1 y más años, total y por Comunidades Autónomas los años 2011 y 2017

CC.AA.	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Andalucía	26,46	32,24	29,38	26,81	33,47	30,18	1,32	3,82	2,72
Aragón	44,77	58,27	51,60	45,53	61,75	53,70	1,70	5,97	4,07
Asturias	27,56	40,39	34,23	19,95	32,17	26,31	-27,61	-20,35	-23,14
Baleares	47,62	60,61	54,08	45,26	56,20	50,73	-4,96	-7,28	-6,19
Canarias	29,48	41,32	35,43	36,67	48,29	42,52	24,39	16,87	20,01
Cantabria	44,58	53,61	49,20	5,94	10,65	8,34	-86,68	-80,13	-83,05
Castilla y León	45,62	52,93	49,31	34,72	50,32	42,57	-23,89	-4,93	-13,67
Castilla Mancha	31,56	40,85	36,17	22,52	25,05	23,78	-28,64	-38,68	-34,25
Cataluña	41,38	52,80	47,19	38,24	60,20	49,44	-7,59	14,02	4,77
C. Valenciana	60,10	71,46	65,81	64,28	74,91	69,67	6,96	4,83	5,87
Extremadura	21,45	24,64	23,06	8,16	11,09	9,63	-61,96	-54,99	-58,24
Galicia	28,13	35,28	31,84	4,48	8,65	6,63	-84,07	-75,48	-79,18
Madrid	55,79	63,57	59,80	34,23	46,15	40,44	-38,64	-27,40	-32,37
Murcia	40,84	45,37	43,08	33,04	40,44	36,75	-19,10	-10,87	-14,69
Navarra	58,19	66,26	62,23	52,89	60,53	56,76	-9,11	-8,65	-8,79
País Vasco	47,43	60,83	54,35	41,82	61,65	52,03	-11,83	1,35	-4,27
La Rioja	58,45	61,43	59,94	28,19	46,91	37,67	-51,77	-23,64	-37,15
Ceuta	32,53	46,63	39,87	21,02	29,02	24,96	-35,38	-37,77	-37,40
Melilla	3,61	6,00	4,76	26,97	42,78	34,76	647,09	613,00	630,25
España	41,19	50,24	45,78	34,45	46,18	40,42	-16,36	-8,08	-11,71

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011 y 2017, INE Base

Por autonomías, la Comunidad Valenciana, una de las grandes productoras de este tipo de alimento, es la que muestra la situación más favorable de este indicador tanto en el año 2011 como en el año 2017. En cambio, el año 2011, Melilla muestra unos estándares de consumo diario muy bajos, comparado con el res-

to de los territorios, si bien, su situación mejora rápidamente con incrementos muy altos entre los dos años. Así, en el año 2017, le toman el relevo Galicia, Cantabria y Extremadura con tasas bajas y distanciadas de las del resto de territorios. Finalmente, en cuanto a las variaciones, salvo los aumentos de Melilla, Canarias (de carácter leve o moderado) y el de Cataluña, de carácter leve y entre las mujeres, la mayoría de las autonomías muestran disminuciones de diversa consideración, siendo las más altas las que corresponden a las poblaciones de Cantabria y Galicia: un panorama preocupante, teniendo en cuenta la calidad, variedad y disponibilidad de los productos españoles en este apartado.

4.9.3. Otros datos de ámbito nacional acerca del consumo de fruta y verdura

El análisis del consumo de fruta fresca y verdura por sexo y grupos de edad sólo está disponible a nivel nacional. El porcentaje de casos de consumo diario de fruta fresca es el indicador general que proporciona una mayor aproximación al seguimiento de las recomendaciones de la OMS en esta materia. Observando los datos de la Tabla 32 se aprecia que los grupos de edad que más se ajustan a las recomendaciones son los que superan los 55 años, fenómeno que se da tanto en el año 2011 como en el 2017, si bien, en el 2017 se acusa una cierta disminución del porcentaje de consumo entre los hombres de 55 a 64 años que hace descender el total, mientras que en la población femenina los casos de consumo diario han aumentado discretamente. Por el contrario, se aprecia que el grupo de edad con menor consumo diario y, por consiguiente, más alejado de las recomendaciones de la OMS es el de 15 a 24 años, especialmente, en el caso de los varones. En este grupo de edad se registra una variación positiva de carácter leve entre los años 2011 y 2017, algo más acusada entre las mujeres. Este cambio es positivo, pero no alcanza a lograr que, al menos, la mitad de este segmento de la población lleve a cabo un consumo recomendable, lo cual pone de manifiesto que falta concienciación en este grupo y también en los que le siguen hasta la edad de 55 años. En edades más tempranas, los niños de 1 a 4 años son más estimulados a consumir fruta fresca diariamente, mientras que en el tramo de 5 a 14 años se observa una disminución que se agranda significativamente al llegar a los 15 años. En conclusión, a partir de la adolescencia, se da una discontinuidad de cultivo de buenos hábitos alimentarios que contribuye en algún grado al fomento del sobrepeso y la obesidad, no existiendo ninguna garantía de que las nuevas generaciones la corrijan suficientemente sin intervenciones en el plano de la prevención, a pesar de la leve variación positiva registrada en estos grupos de edad entre los años 2011 y 2017.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 32. Consumo diario de fruta fresca en la población española de 1 y más años, total y por sexo y grupo de edad los años 2011 y 2017

Grupo de edad	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Total	57,92	64,83	61,43	59,39	68,88	64,22	2,54	6,25	4,54
De 1 a 4 años	69,02	68,57	68,81	67,44	65,72	66,60	-2,29	-4,16	-3,21
De 5 a 14 años	60,33	60,29	60,31	56,55	58,57	57,53	-6,27	-2,85	-4,61
De 15 a 24 años	39,61	43,91	41,72	43,72	49,22	46,40	10,38	12,09	11,22
De 25 a 34 años	43,68	53,40	48,47	45,01	57,08	51,07	3,04	6,89	5,36
De 35 a 44 años	52,89	61,19	56,95	51,11	65,19	58,08	-3,37	6,54	1,98
De 45 a 54 años	59,13	65,62	62,39	61,63	73,03	67,32	4,23	11,29	7,90
De 55 a 64 años	70,97	77,29	74,22	68,04	79,56	73,94	-4,13	2,94	-0,38
De 65 a 74 años	74,57	80,20	77,59	77,26	82,92	80,24	3,61	3,39	3,42
De 75 y + años	75,00	80,41	78,28	81,13	83,42	82,51	8,17	3,74	5,40

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011 y 2017, INE Base

En cuanto al consumo diario de verdura, ensalada y hortalizas, el porcentaje de casos estimado por la ENSE es el indicador general que proporciona una mayor aproximación al seguimiento de las recomendaciones de la OMS en esta materia. Observando los datos de la Tabla 33 se aprecia que los grupos de edad que más se ajustan a las recomendaciones son los que superan los 55 años, fenómeno que se da tanto en el año 2011 como en el 2017. Sin embargo, las tasas son menores que las observadas para la fruta fresca, y la evolución del indicador es globalmente negativa. Así, entre los años 2011 y 2017 se acusan disminuciones del porcentaje de consumo en todos los grupos y ambos géneros, siendo significativas la mayor parte de las que se dan en la población masculina, lo cual afecta al porcentaje total. No obstante, las variaciones en la población femenina son todas negativas, aunque sólo sean significativas las disminuciones de consumo en los grupos de edad de 1 a 14 años y de 75 y más años. Por consiguiente, en aras del control y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, la situación dista de ser la deseable y evidencia la necesidad de aplicación de políticas de concienciación y corrección a corto plazo.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 33. Consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas en la población española de 1 y más años, total y por sexo y grupo de edad los años 2011 y 2017

Grupo de edad	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Total	41,19	50,24	45,78	34,45	46,18	40,42	-16,36	-8,08	-11,71
De 1 a 4 años	41,10	43,43	42,20	30,50	35,62	33,00	-25,79	-17,98	-21,80
De 5 a 14 años	35,91	37,65	36,76	26,59	31,10	28,77	-25,95	-17,40	-21,74
De 15 a 24 años	28,68	36,78	32,66	29,32	35,88	32,53	2,23	-2,45	-0,40
De 25 a 34 años	34,24	46,53	40,28	26,69	41,92	34,32	-22,05	-9,91	-14,80
De 35 a 44 años	42,27	53,00	47,52	32,47	48,25	40,28	-23,18	-8,96	-15,24
De 45 a 54 años	42,41	55,87	49,18	36,83	52,05	44,43	-13,16	-6,84	-9,66
De 55 a 64 años	50,14	57,87	54,13	41,31	57,28	49,48	-17,61	-1,02	-8,59
De 65 a 74 años	53,10	58,24	55,86	44,09	52,48	48,50	-16,97	-9,89	-13,18
De 75 y + años	49,70	54,90	52,85	43,65	47,06	45,71	-12,17	-14,28	-13,51

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011 y 2017, INE Base

4.9.4. Lactancia materna

La lactancia materna, además de aportar todos los nutrientes que un lactante necesita en los primeros seis meses de vida y proteger contra las enfermedades comunes de la infancia, está siendo analizada como factor de reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia en diversos estudios (por ejemplo, 32, 33, 34), cuyos resultados son alentadores y proporcionan evidencia de que existe una relación positiva entre esta alimentación y la reducción de dicho riesgo.

Dado que los niños obesos o con sobrepeso tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud graves, como diabetes de tipo 2, hipertensión arterial, asma y otros problemas respiratorios, trastornos del sueño y hepatopatías junto con problemas psicológicos, como baja autoestima, depresión y aislamiento social, la OMS recomienda que los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Tras ese primer período, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados e inocuos, al tiempo que siguen tomando el pecho hasta los dos años o más (31).

Los datos para establecer el estado de cumplimiento de esta recomendación en España se han tomado de la Encuesta Nacional de Salud y se muestran en la Ta-

bla 34. En ella se muestra la proporción estimada de casos sobre población de 6 meses a 4 años que recibió lactancia natural, mixta o artificial durante períodos de 6 semanas, 3 meses y 6 meses. Los casos de recepción de lactancia materna durante 6 meses son los que cumplen con la recomendación de la OMS. En el año 2011, la proporción para España fue del 28,53% de casos (27,24% en el caso de los niños y 29,91% en el de las niñas), cifra que aumentó un 36,7% (un 43,72% en el caso de los niños y un 29,86% en el de las niñas) hasta situarse en un 39% de esta población en el año 2017 (39,15% en el caso de los niños y 38,84% en el de las niñas). Los resultados indican que, aunque la lactancia natural está extendida, no se hace con la duración recomendada por la OMS en suficiente proporción, lo cual, al menos en teoría, supone no brindar con suficiente profusión la protección que brinda esta alimentación a la población infantil contra el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad.

Tabla 34. Tipo de lactancia y su duración según sexo en la población española de 6 meses a 4 años los años 2011 y 2017

Tipo de lactancia	Años						Variación entre 2011 y 2017		
	2011			2017			%	%	%
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	-	-	-
Natural 6 s	64,97	67,44	66,16	73,24	74,55	73,88	12,73	10,54	11,67
Mixta 6 s	6,35	6,05	6,21	7,63	6,76	7,21	20,16	11,74	16,10
Artificial 6 s	28,67	26,51	27,63	19,13	18,68	18,91	-33,28	-29,54	-31,56
Natural 3 m	53,88	53,20	53,55	63,90	63,83	63,87	18,60	19,98	19,27
Mixta 3 m	12,60	13,42	12,99	11,92	10,47	11,22	-5,40	-21,98	-13,63
Artificial 3 m	33,52	33,38	33,45	24,18	25,69	24,91	-27,86	-23,04	-25,53
Natural 6 m	27,24	29,91	28,53	39,15	38,84	39,00	43,72	29,86	36,70
Mixta 6 m	18,65	18,16	18,42	18,73	20,12	19,40	0,43	10,79	5,32
Artificial 6 m	54,11	51,93	53,05	42,13	41,04	41,60	-22,14	-20,97	-21,58

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011 y 2017, INE Base. Nota: 6 s = 6 semanas; 3 m = 3 meses;

4.9.5. Alimentación y cirugía bariátrica: recomendaciones pre y post quirúrgicas

La cirugía bariátrica es un tipo de intervención que se aplica con el objetivo de reducir el peso de un paciente obeso, especialmente en casos en que otras alternativas que no requieren intervención quirúrgica no han dado resultado y, en los cuales hay frecuentemente presencia de problemas que acompañan a la obesidad como la hipertensión, trastornos metabólicos, diabetes tipo 2 o la apnea del sueño. La Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad reconoce como procedimientos cualificados: la banda gástrica ajustable, la gastrectomía vertical, el bypass gástrico

en Y de Roux y la derivación biliopancreática con/sin cruce duodenal. Todas esas técnicas se realizan por medio de abordaje laparoscópico, mínimamente invasivo, siempre que sea posible (58).

Tradicionalmente la cirugía bariátrica ha sido propuesta como una alternativa a valorar para pacientes con obesidad mórbida y que no responden a tratamientos no quirúrgicos; aunque se ha propuesto también para pacientes con obesidad menos grave (IMC de 30 a 34,9, o IMC de 35 a 39,9) y patologías asociadas (58).

Antes de someterse al procedimiento, unas 3 o 4 semanas antes, y como mínimo 2 antes de esta, se recomienda llevar a cabo una dieta hipocalórica y la ingesta de medicación suplementaria. En el caso de la dieta, es bastante común el prescribir la toma de tres envases de Optisource Plus (fórmula de nutrición enteral eficaz en el manejo nutricional de los pacientes quirúrgicos que necesitan restricción energética) repartidos a lo largo del día, así como el consumo de líquidos acalóricos, tales como caldos vegetales, de carnes desgrasadas, infusiones, lácteos desnatados y similares. Por otro lado, también se suelen prescribir medicamentos suplementarios entre los cuales destacan los complementos vitamínicos Supradyn y Multicentrum efervescente (en dosis de 1 comprimido al día), y el Omeprazol de 20 mg (también en dosis de 1 comprimido al día). El objetivo es que el paciente llegue en las mejores condiciones, dentro de su estado, a la intervención.

Tras una intervención de cirugía bariátrica, uno de los riesgos es no consolidar el objetivo deseado porque tras un período se vuelven a producir ganancias de peso en el paciente. Las personas que se someten a cirugía deben ser muy disciplinadas y organizadas y aceptar el compromiso de cambiar sus hábitos alimentarios de forma significativa y permanente.

El protocolo alimentario recomendado por los especialistas tras la operación es el de mantener la medicación complementaria e iniciar la alimentación mediante una dieta líquida repartida en unas 6 ingestas diarias a sorbos pequeños, que puede comprender agua y líquidos libres de azúcar como infusiones, (en volúmenes de 50 ml), a los que se pueden añadir (en función de la tolerancia del paciente) algo de leche o yogur líquido desnatado, caldos vegetales o de carne desgrasados y zumos sin azúcares añadido. A partir de los 15-30 días si el paciente presenta una buena tolerancia, puede proseguir con una dieta de alimentos triturados (pures de verduras y fruta al natural o hervida o al horno), que se puede complementar con huevos revueltos, pasados por agua o en tortilla, jamón cocido, pavo, quesos frescos bajos en grasa, hidrato de carbono y proteína triturados y yogures desnatados. Tras 4-8

semanas, en función del estado del paciente se puede llevar una dieta normal y saludable (59).

Las pautas de comportamiento en las primeras semanas son muy importantes y pueden condicionar tanto el resultado como la adquisición de buenos hábitos para que la calidad de vida del paciente se transforme en adelante. Entre las normas recomendadas destacan las siguientes:

- Realizar comidas frecuentes, al menos 5-6 tomas al día en pequeñas cantidades y masticando bien los alimentos y dedicando un tiempo de entre 20 y 30 minutos a las más importantes del día.
- No mezclar alimentos líquidos y sólidos, es decir, no tomar líquidos durante las comidas, sino beber pequeñas cantidades unos (30 minutos antes), o después (una hora después) y no exceder el volumen de 150 ml de líquido por ingesta. Beber agua, refrescos sin azúcar e infusiones, evitando las bebidas con gas y azucaradas (zumos, refrescos) y el alcohol.
- Evitar alimentos flatulentos, no tomar azúcares simples (azúcar, miel, mermelada, chocolate y similares) e introducir gradualmente la leche y derivados lácteos comenzando con el yogur y el queso suave. Si el paciente tiene intolerancia no debe consumirla. Evitar el consumo de alimentos integrales.
- Dejar de comer antes de encontrarse muy saciado, en cuanto tenga sensación de plenitud y, si se nota lleno antes de comer es mejor tomar líquidos que sólidos para evitar molestias gástricas.
- Si no se tolera un alimento tras la operación, no rechazarlo para siempre. Es recomendable intentar probarlo de nuevo en 3-4 semanas. Los medicamentos se han de tomar triturados o en formato líquido (59).

4.10. Porcentaje de personas con acceso a iniciativas de promoción de una alimentación saludable y con acceso a actividades de promoción de la actividad física en el centro de trabajo

La OMS define un lugar de trabajo saludable como aquel en el que los trabajadores y los mandos colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y la sostenibilidad del lugar de trabajo (38).

El centro de trabajo es un lugar en el que aplicar estrategias para combatir la prevalencia de enfermedades crónicas alentadas por la falta de buenos hábitos respecto de determinantes de la salud como son la actividad física y la alimentación y que están relacionados con el aumento mundial de patologías como las cardiovasculares, diabetes, cáncer, sobrepeso y obesidad y otras. A lo anterior hay que añadir que una población trabajadora sana, motivada y bien preparada, es fundamental para el futuro del bienestar social y económico de la UE. Por este motivo, la Comisión Europea puso en marcha en 1996 una iniciativa que estableció una Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST), cuyo objetivo es identificar y difundir ejemplos de buenas prácticas en PST mediante el intercambio de experiencias y conocimientos.

Una de las primeras actuaciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, como oficina española de contacto de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo en 1997, consistió en la elaboración de un inventario de las acciones de promoción de la salud que se llevaban a cabo en las empresas españolas de 250 o más trabajadores. Para ello se diseñó un cuestionario capaz de recoger las acciones promoción de la salud, y una ficha resumen de estas en cada empresa participante. Sin embargo, no se estableció una periodicidad para la realización de este estudio llevándose a cabo de forma puntual, por lo que la información en este apartado es escasa y no está actualizada: los datos más recientes disponibles en este apartado corresponden al año 2010 y son ofrecidos por el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad y elaborados a partir del Barómetro Sanitario del CIS de dicho año. En la Figura 21 se muestran los porcentajes estimados de personas con acceso a iniciativas de promoción de una alimentación saludable en el centro de trabajo, y en la Figura 22 los porcentajes estimados de personas con acceso de actividades de promoción de la actividad física también en el centro de trabajo, todo ello por género y grupo de edad.

Así, en el año 2010, se estimó que un 29,97% de personas que desarrollaban su actividad laboral en un centro de trabajo tenían acceso a iniciativas de promoción de una alimentación saludable, siendo éstas más frecuentes en el caso de la mujer (36,78%) que en el caso del hombre (24,73%). Por grupos de edad, las frecuencias de acceso a este tipo de iniciativas eran bastante similares oscilando entre un 29,23% para los empleados de entre 25 y 34 años y un 31,44% para los empleados de entre 55 y 64 años. El colectivo que reportó un mayor acceso a este tipo de iniciativas fue el de mujeres de entre 35 y 40

4. Datos epidemiológicos recientes en España

años con un porcentaje del 40,37%, y el que reportó un menor acceso fue el de hombres de entre 18 y 24 años con un porcentaje del 20,65%.

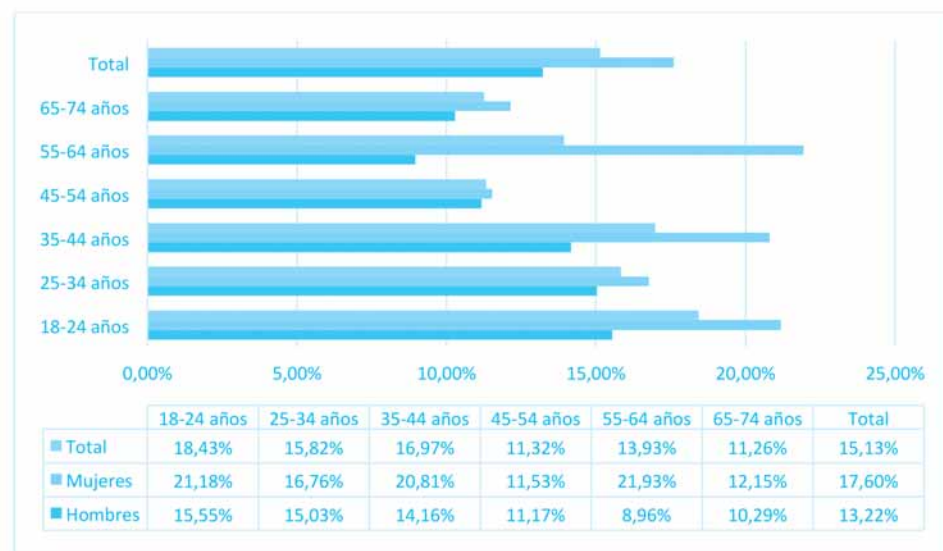
En cuanto al porcentaje de personas con acceso a iniciativas de promoción de actividad física en el centro de trabajo, se estimó que un 15,13% de la población se benefició de las mismas, siendo éstas también más frecuentes en el caso de la mujer (con un 17,6% de casos) que del hombre (13,22% de casos). El grupo de edad más favorecido fue el de 18 a 24 años con un 18,42% de casos. El colectivo que reportó una mayor frecuencia fue el de mujeres de 55 a 64 años y el que reportó una menor frecuencia de acceso fue el de hombres del mismo tramo de edad.

Figura 21. Porcentaje de personas con acceso a iniciativas de promoción de una alimentación saludable en el centro de trabajo



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, extraído del Barómetro Sanitario, CIS 2010

Figura 22. Porcentaje de personas con acceso a iniciativas de promoción de actividad física en el centro de trabajo



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, extraído del Barómetro Sanitario, CIS 2010

4.11. Porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas (PAB)

En publicidad, los Gross Rating Point o GRPs expresan el número de impactos producidos por una campaña televisiva, es decir, cada una de las veces que el anuncio es visto por una persona. Se calculan dividiendo el número total de impactos o visualizaciones de los spots de los individuos de un grupo (target), entre todos los individuos de este.

Para calcular el porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas (PAB), el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad aplicó la siguiente fórmula a partir de datos proporcionados por Kantar Media:

$$\text{Porcentaje PAB} = \frac{\text{GRP de alimentación y bebidas}}{\text{GRP del total de sectores}}$$

En función de los datos del período 2010-2017, se obtuvo la serie temporal mostrada en la Figura 23, que muestra una tendencia levemente descendente

de los GRP total y de publicidad de alimentación y bebidas entre los años 2010 y 2014 (los años más intensos de la crisis), para recuperar moderadamente en 2015 y 2016 e iniciar un nuevo y ligero descenso en 2017.

Figura 23. GRP total y de publicidad de alimentación y bebidas (PAB)



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, elaborado a partir de datos de Kantar Media

El cociente de los GRPs proporciona la serie temporal de la cuota que tienen los anuncios de alimentación y bebidas sobre el total, resultado que se muestra en la Figura 24. Como se puede apreciar, dicha cuota es notable y ha oscilado entre un 21,8% los años 2010 y 2011, y un 18,5% los años 2013 y 2014, para, finalmente, situarse en un 20% en 2017. La relativa sostenibilidad de la serie pone de manifiesto que los anuncios de alimentación y bebidas mantienen su cuota y que, por consiguiente, siguen siendo rentables. Los canales de publicidad se han expandido en cuanto a formato a través de las tecnologías digitales y las redes sociales, por lo que no se espera una disminución de su impacto en el medio plazo. El tipo de alimentos y bebidas publicitados, sin duda, constituye un factor para tener en cuenta tanto en el fomento de hábitos saludables como no saludables, por lo que su influencia en el desarrollo del sobrepeso y de la obesidad tiene que contemplarse, si bien, sería deseable disponer de datos de una clasificación detallada en cuanto a los mismos para poder evaluar qué grado de incidencia pueden tener.

Figura 24. Porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas (PAB)



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, elaborado a partir de datos de Kantar Media

En cualquier caso, la población infantil es un grupo o target vulnerable y, el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad ha calculado el PAB dirigido a niños de 4-12 años, cuyos resultados y evolución recientes se plasman en las Figuras 25 y 26. Así, en cuanto al GRP de PAB para niños, calculado según la fórmula que se muestra abajo, se observa una serie de tendencia creciente que tiene su punto máximo en el año 2015, a partir del cual el indicador inicia un camino descendente que, en el año 2017 queda por debajo del nivel del año 2013, pero un 45,23% por encima del nivel del año 2010.

$$\% \text{ PAB dirigida a niños de 4 - 12 años} = \frac{\text{GRP de alimentación y bebidas dirigida a niños de 4 - 12 años}}{\text{GRP de alimentación y bebidas}}$$

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Figura 25. GRP total y de publicidad de alimentación y bebidas (PAB) dirigida a niños de 4-12 años



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, elaborado a partir de datos de Kantar Media

Por otro lado, el porcentaje de esta publicidad sobre el total oscila entre un 10,2% el año 2010 y un 14,7% el año 2017m pasando por un valor máximo del 18,6% el año 2015. Teniendo en cuenta que en 2017 el PAB total fue de un 20%, hay que concluir que la población infantil está sometida a un gran impacto relacionado con este tipo de publicidad.

Figura 26. Porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas (PAB) dirigida a niños de 4-12 años



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, elaborado a partir de datos de Kantar Media

Además de lo anterior, el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad ha calculado el PAB de empresas adheridas al Código PAOS (PAB-PAOS) dirigida a niños de 4-12 años, utilizando la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de PAB - PAOS dirigida a niños de 4 - 12 años} = \frac{\text{GRP de alimentación y bebidas PAOS dirigida a niños de 4-12 años}}{\text{GRP de alimentación y bebidas dirigidas a niños de 4-12 años}}$$

El código PAOS es el Código de Corregulación de la Publicidad de Alimentos y Bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud. Durante los años transcurridos desde su entrada en vigor, el Código se ha revelado como un instrumento útil para mejorar la calidad de la publicidad de alimentos destinada a menores de hasta 12 años y su impacto ha sido evaluado mediante estudios independientes. Por ello, al convenio PAOS se adhirieron diversas organizaciones empresariales sectoriales y otras entidades comprometidas con sus objetivos. Con la aplicación de este Código se ha conseguido una mejora de la calidad de los mensajes publicitarios dirigidos a los niños como segmento de población merecedor de una especial atención, siguiendo las recomendaciones internacionales sobre marketing de alimentos dirigida a niños de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El código en vigor es una actualización del año 2013. Es extenso y contempla diversos apartados, de los cuales, a efectos de este estudio, es importante recordar el referido a educación e información nutricional que señala los siguientes puntos (39):

1-. Como regla general, los mensajes publicitarios de alimentos o bebidas no deberán promover o presentar hábitos de alimentación o modos de vida poco saludables tales como comer o beber de forma inmoderada, excesiva o compulsiva, ni deberán fomentar, aprobar o presentar de forma condescendiente hábitos de vida sedentarios. A tal efecto, la publicidad de estos productos dirigida a menores de hasta 12 años difundida en medios audiovisuales e impresos o a menores de 15 años en Internet no deberá mostrar el alimento o bebida promocionado en cantidades excesivas o desproporcionadas. Asimismo, cuando la publicidad presente el alimento o bebida promocionada en el contexto de una comida, deberá mostrarse acompañado de una variedad razonable de alimentos con el fin de que el mensaje publicitario fomente su consumo como parte de una dieta variada y equilibrada.

2-. La publicidad de alimentos o bebidas nunca deberá minusvalorar la importancia de hábitos de vida saludables, tales como el mantenimiento de una alimentación variada, equilibrada y moderada o la realización de actividad física.

3.- En la publicidad dirigida a los menores de hasta 12 años objeto del presente Código, ningún producto puede presentarse como sustitutivo de ninguna de las tres comidas principales (desayuno, comida y cena).

La Figura 27 muestra la evolución reciente del GRP de publicidad de alimentación y bebidas de empresas adheridas al Código PAOS (PAB-PAOS) dirigida a niños de 4-12 años, que como se puede ver es paralela a la total para niños de ese tramo de edad, pero con valores siempre algo por debajo de la misma. Su máximo valor se alcanzó en 2015 y, a partir de ese año, inició una senda descendente.

Figura 27. GRP total y de publicidad de alimentación y bebidas de empresas adheridas al Código PAOS (PAB-PAOS) dirigida a niños de 4-12 años



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, elaborado a partir de datos de Kantar Media

Por otro lado, la Figura 28 muestra la evolución reciente del porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas de empresas adheridas al Código PAOS (PAB-PAOS) dirigida a niños de 4-12 años. En conjunto, en el período entre el año 2010 y el año 2017 este tipo de publicidad aumentó su cuota desde un 84,9% a un 94,1%. Sin embargo, el año 2014, la cuota logró un 95,1%. En cualquier caso, el porcentaje es elevado y desde hace años se mantiene por encima del 92%, lo cual es una noticia positiva desde el punto de vista de la prevención en cuanto a adopción de hábitos de alimentación saludables en la población infantil.

Figura 28. Porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas de empresas adheridas al Código PAOS (PAB-PAOS) dirigida a niños de 4-12 años



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, elaborado a partir de datos de Kantar Media

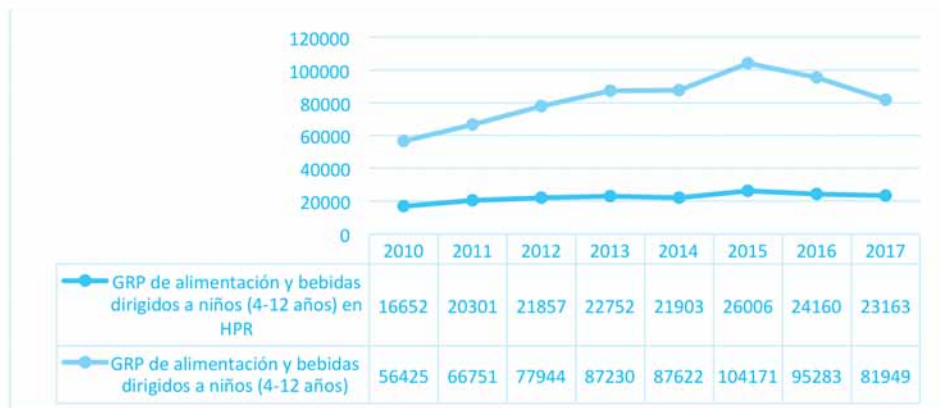
Finalmente, el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad ha calculado el GRP y el porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas (PAB) dirigida a niños de 4-12 años en horario de protección reforzada (HPR). La fórmula para el porcentaje (PAB-HPR) es:

$$\% \text{ PAB dirigida a niños de 4 – 12 años en HPR} = \frac{\text{GRP de alimentación y bebidas dirigida a niños de 4 – 12 años en HPR}}{\text{GRP de alimentación y bebidas dirigida a niños de 4 – 12 años}}$$

La Figura 29 muestra la evolución reciente de los GRP de publicidad de alimentación y bebidas dirigida a niños de 4-12 años en general y de la del mismo concepto, pero emitida en horario de protección reforzada. La serie muestra una tendencia creciente que alcanza el máximo valor el año 2015 para, posteriormente, iniciar una senda descendente, si bien, el valor en el año 2017 queda un 39,1% por encima del registrado el año 2010.

La cuota de este tipo de publicidad se plasma en la Figura 30, donde se puede ver una serie temporal que parte de un valor de casi un 30% en el año 2010, que desciende a cotas un poco inferiores a partir de 2012, para remontar en el año 2017 con un 28,3%, un nivel ligeramente superior al alcanzado en el año 2012. En cualquier caso, se trata de una cuota que supera la cuarta parte de la publicidad para niños en esa franja horaria, por lo que tiene un espacio notable y, por consiguiente, capacidad de influencia.

Figura 29. GRP de publicidad de alimentación y bebidas dirigida a niños de 4-12 años y de publicidad de alimentación y bebidas dirigida a niños de 4-12 años en horario de protección reforzada (HPR)



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, elaborado a partir de datos de Kantar Media

Figura 30. Porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas (PAB-HPR) dirigida a niños de 4-12 años y emitida en horario de protección reforzada



Fuente: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>, elaborado a partir de datos de Kantar Media

4.12. Incidencia de colesterol en la población

Los datos más recientes a gran escala sobre la incidencia de colesterol alto en la población provienen del Estudio de Nutrición y Riesgo Vascular en España (Enrica), realizado entre los años 2008 y 2010. Se trató de un estudio transversal de población no institucionalizada de 18 y más años sobre una muestra de 12.000 casos representativa de la población española.

Se trata del mayor estudio de nutrición y riesgo cardiovascular realizado hasta la fecha en España, y fue promovido por Sanofi con el patrocinio del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Los investigadores principales fueron José Ramón Banegas y Fernando Rodríguez-Artalejo, del grupo de epidemiología cardiovascular y nutricional de la Universidad Autónoma de Madrid, y las determinaciones analíticas se realizaron en el Centro de Diagnóstico Biológico del Hospital Clínic de Barcelona, con el investigador Antonio Coca Payeras como coordinador.

Los resultados del estudio permitieron concluir que, en el año 2010, 23 millones de españoles (el 50,5% de la población), rebasaban el nivel máximo de colesterol en sangre recomendable por los cardiólogos de 200 miligramos por centímetro cúbico. La prevalencia de pacientes con hipercolesterolemia definida (>240mg/dl) se situó en un 21,9%.

Por género, el estudio reveló que, en los hombres, existía un claro aumento de la prevalencia de niveles de CT y c-LDL elevados a partir de la franja de edad de 30-44 años (CT=46,9%; c-LDL=44,9%) y que se mantenía alto hasta después de los 65 años. En cambio, entre las mujeres, dicho aumento de HC se producía especialmente entre los 45-64 años (CT=70,2%; c-LDL=59,8%) y se también se mantenía alto hasta después de los 65 años.

Tabla 35. Prevalencia de colesterol total y en España por rangos de edad y sexo

	Pacientes (n)	CT $\geq$ 200 mg/dl	CT $\geq$ 240 mg/dl
Total	11.554	50,5 (0,6)	21,9 (0,4)
Hombres Total	5.699	48,4 (0,8)	20,6 (0,7)
Años 18-29	1.164	15,3 (1,6)	1,9 (0,5)
Años 30-44	1.828	46,9 (1,4)	15,2 (0,9)
Años 45-64	1.700	67,2 (1,3)	32,9 (1,3)
Años $\geq$ 65	1.007	57,5 (2,0)	31,1 (1,8)
Mujeres Total	5.855	52,5 (0,8)	23,1 (0,7)
Años 18-29	1.049	22,7 (1,7)	3,8 (0,7)
Años 30-44	1.741	33,7 (1,3)	7,3 (0,7)
Años 45-64	1.736	70,2 (1,1)	33,3 (1,1)
Años $\geq$ 65	1.329	77,6 (1,3)	45,8 (1,7)

Fuente: Adaptado de FEDN, 2014. Manejo del hipercolesterolemia, factor de riesgo de cardiopatía coronaria y P. Guallar-Castillón et al. 2012. Estudio ENRICA.

La hipercolesterolemia constituye un factor de riesgo de cardiopatía coronaria, pero también se cuenta entre los que se asocian al sobrepeso y la obesidad que, igualmente, pueden derivar en enfermedades cardiovasculares. La carencia de datos recientes a gran escala para la población española constituye un hándicap para poder estudiar su impacto aplicando análisis epidemiológicos a la realidad actual, por lo que, en este momento hay que utilizar el estudio ENRICA. Entre los resultados estadísticamente significativos que se hallaron sobre la población, el estudio constató que el problema que se agudizaba tras las fiestas de Navidad de forma significativa, al hallarse que los valores subían hasta un diez por ciento más. Asimismo, se halló que, en los mayores de 65 años, la presencia de colesterol en sangre aumentaba un 20 por ciento. A raíz de estos y otros resultados derivados de los análisis, los profesionales sanitarios insistieron en la necesidad de alertar sobre aquellos casos en los que, pese a estar en nivel 200 o superior, no se consideraba necesario tomar medidas al no presentar el paciente síntomas físicos visibles que actuasen como aviso. Acerca de este tema, se identificaron colectivos vulnerables, como, por ejemplo, el de autónomos, ya que éstos suelen realizar una actividad laboral muy intensa sin que practiquen revisiones médicas, a diferencia de los trabajadores de la gran mayoría del tejido empresarial de España a los que se les ofrece un reconocimiento anual y, por consiguiente, más oportunidades de control y prevención.

Por comunidades autónomas, el estudio reveló que Galicia, Canarias, Extremadura y Murcia tuvieron cifras de LDL (colesterol malo) elevado y HDL (bueno) bajo superiores a la mediana. En el otro lado de la balanza, por debajo de la mediana

se ubicaron el País Vasco, Navarra, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana. El estudio reveló que las comunidades autónomas con mayor índice de hipercolesterolemia coincidían con aquellas comunidades autónomas que presentaban mayor mortalidad cardiovascular, evidenciándose una correlación significativa. Así, en aquel momento (año 2014 cuando se hizo este análisis), el INE indicó que las comunidades autónomas con más defunciones por causa cardiovascular fueron Ceuta (33,4%), Andalucía (33,16%) y Galicia (32,03%) y las que arrojaron menores tasas fueron Canarias (24,34%), la Comunidad de Madrid (26,58%) y País Vasco (26,75%).

Comparando los resultados del estudio en España con los de países europeos conforme al registro Euro Heart II (estadística de la enfermedad cardiovascular en Europa) de la European Heart Network (EHN-2012), los valores más altos de colesterol total se observaron en países del norte y oeste de Europa y los más bajos en los países del este, procedentes de la extinta Unión Soviética. Entre los que tenían la prevalencia más alta de exceso de colesterol figuraron Islandia (casi el 70 por ciento de la población), Luxemburgo (66,9 por ciento de la población), Andorra (67,6 por ciento de la población), Alemania (65,5 por ciento de la población), Dinamarca (65,2 por ciento de la población) e Irlanda (62,6 por ciento de la población).

4.13. Morbilidad: diabetes

La media española de incidencia de diabetes ha aumentado un 14,37% entre los años 2014 y 2017 y un 12,07% entre los años 2011 y 2017. Se trata de un incremento significativo que implica un empeoramiento de la situación de esta patología en nuestro país en su conjunto. El aumento reciente más importante se ha producido en Aragón, y la disminución más notable en Ceuta. Baleares presentó la tasa más reducida de 2017 y Canarias la más elevada.

La diabetes se asocia como concomitancia al sobrepeso y la obesidad ya que puede derivarse del padecimiento de estas patologías, por lo que su incremento puede deberse en algún grado al crecimiento de la incidencia de estas en la población. En España, el año 2017, se advierte una correlación lineal positiva i significativa entre las incidencias de diabetes y sobrepeso y obesidad en la población de mujeres adultas y en la total por causa de éstas (ver apartado 4.21) que ratifica esta idea.

Tabla 36. Incidencia de diabetes por CC.AA. los años 2011, 2014 y 2017

CC.AA. y Total	Tasa 2017	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual 2017/14	Variación porcentual 2017/11
Andalucía	8,25	7,07	8,15	16,69	1,23
Aragón	7,90	5,33	4,87	48,22	62,22
Asturias	8,66	7,42	5,68	16,71	52,46
Baleares	4,85	5,24	6,00	-7,44	-19,17
Canarias	10,99	8,08	7,74	36,01	41,99
Cantabria	5,95	5,33	5,71	11,63	4,20
Castilla y León	7,42	6,56	6,38	13,11	16,30
Castilla Mancha	7,53	6,38	7,72	18,03	-2,46
Cataluña	7,01	7,05	6,67	-0,57	5,10
C Valenciana	8,02	8,00	7,64	0,25	4,97
Extremadura	9,19	7,39	9,38	24,36	-2,03
Galicia	9,12	7,46	8,07	22,25	13,01
Madrid	7,39	5,35	5,35	38,13	38,13
Murcia	7,28	8,63	8,30	-15,64	-12,29
Navarra	7,52	5,35	4,96	40,56	51,61
País Vasco	6,86	5,82	5,66	17,87	21,20
Rioja	5,41	5,78	6,16	-6,40	-12,18
Ceuta	7,91	11,04	8,09	-28,35	-2,22
Melilla	8,97	10,71	4,05	-16,25	121,48
España	7,80	6,82	6,96	14,37	12,07

Fuente: elaborado mediante la aplicación informática proporcionada por el INCLASNS

4.14. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio, por 10.000 hab.

La morbilidad en cuanto a hospitalización por IAM por 10.000 habitantes ha disminuido ligeramente (-0,37%) en promedio para España entre los años 2014 y 2015 y un 4,55% entre 2012 y 2015. Entre 2014 y 2015, la morbilidad disminuyó en 10 autonomías y aumentó en 8. Las disminuciones más notables se dieron en Ceuta y Cantabria y los aumentos más acusados correspondieron a Baleares y País Vasco. Murcia y Melilla fueron las zonas con la tasa más alta en ambos años. País Vasco y Navarra fueron las regiones con menor tasa en 2014, pero ambas sufrieron aumentos, de forma que, en 2015, y a pesar de estos, el País Vasco siguió mostrando la incidencia más baja, acompañada esta vez de Cantabria con una tasa similar.

Al igual que la diabetes, las enfermedades cardiovasculares se asocian en forma de concomitancia con el sobrepeso y la obesidad, habiéndose demostrado mediante numerosos estudios la relación existente entre ambas patologías. En el presente estudio no se ha hallado una correlación lineal estadísticamente significativa de las tasas de obesidad o sobrepeso con las de hospitalización por IAM. No obstante, los datos de las primeras corresponden al año 2017, mientras que

4. Datos epidemiológicos recientes en España

los de hospitalización por IAM con del año 2015, por lo que existe un desfase temporal que podría afectar a la comparación en algún grado.

Tabla 37. Incidencia de hospitalización por IAM por CC.AA. los años 2012, 2014 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual 2015/2014	Variación porcentual 2015/2012
Andalucía	8,89	8,92	9,48	-0,34	-6,22
Aragón	7,07	7,14	7,33	-0,98	-3,55
Asturias	9,25	9,82	9,22	-5,80	0,33
Baleares	8,71	8,13	9,55	7,13	-8,80
Canarias	9,44	9,65	9,62	-2,18	-1,87
Cantabria	6,33	7,18	7,78	-11,84	-18,64
Castilla y León	8,33	8,25	8,32	0,97	0,12
Castilla Mancha	7,80	7,78	8,32	0,26	-6,25
Cataluña	8,77	8,62	9,19	1,74	-4,57
C Valenciana	8,99	8,97	8,93	0,22	0,67
Extremadura	7,61	7,95	9,30	-4,28	-18,17
Galicia	7,69	7,49	8,11	2,67	-5,18
Madrid	6,64	7,03	7,19	-5,55	-7,65
Murcia	9,94	10,24	10,57	-2,93	-5,96
Navarra	7,02	6,87	7,36	2,18	-4,62
País Vasco	6,32	5,95	6,33	6,22	-0,16
Rioja	8,25	8,25	8,34	0,00	-1,08
Ceuta	8,15	9,37	11,68	-13,02	-30,22
Melilla	9,68	10,28	9,04	-5,84	7,08
España	8,18	8,21	8,57	-0,37	-4,55

Fuente: elaborado mediante la aplicación informática proporcionada por el INCLASNS

4.15. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular, por 10.000 hab.

La incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular ha disminuido en promedio en España entre los años 2014 y 2015 un 0,61% y un 3,37% entre 2012 y 2015. Doce autonomías muestran disminuciones entre 2014 y 2015, siendo las más elevadas las que se producen en Ceuta y Baleares. Por el contrario, ocho autonomías muestran aumentos, el mayor de los cuales se da en Aragón. La mejor situación en 2015 se da en Baleares y Castilla y León, y la peor en Murcia y Asturias. Aunque la tasa media de 2015 es algo menor, la situación relativa de algunas zonas se agudiza respecto del total nacional, como se aprecia en el mapa: Asturias, Extremadura y la Comunidad Valenciana, son las que quedan más por encima de dicha media en 2015.

Las enfermedades cerebrovasculares también forman parte del grupo de concomitancias relacionadas con el sobrepeso y la obesidad. Tal y como se puede

4. Datos epidemiológicos recientes en España

apreciar en el apartado 4.21, existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por CC.AA. y las tasas de sobrepeso de la población femenina adulta y de la total por causa de la mayor incidencia en las mujeres.

Tabla 38. Incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por CC.AA. los años 2012, 2014 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual 2015/14	Variación porcentual 2015/12
Andalucía	14,29	14,13	14,54	1,13	-1,72
Aragón	14,04	13,05	15,25	7,59	-7,93
Asturias	17,13	17,12	17,18	0,06	-0,29
Baleares	11,75	13,07	13,29	-10,10	-11,59
Canarias	12,86	12,74	14,10	0,94	-8,79
Cantabria	12,96	14,07	14,79	-7,89	-12,37
Castilla y León	12,70	13,25	13,44	-4,15	-5,51
Castilla Mancha	13,62	13,77	13,84	-1,09	-1,59
Cataluña	14,23	14,19	15,01	0,28	-5,20
C. Valenciana	17,25	17,32	18,01	-0,40	-4,22
Extremadura	17,09	16,47	18,02	3,76	-5,16
Galicia	13,24	12,96	13,98	2,16	-5,29
Madrid	14,54	14,86	14,43	-2,15	0,76
Murcia	18,32	19,39	18,76	-5,52	-2,35
Navarra	14,05	14,82	13,89	-5,20	1,15
País Vasco	15,57	15,66	15,34	-0,57	1,50
Rioja	13,88	14,92	14,46	-6,97	-4,01
Ceuta	15,77	19,32	20,86	-18,37	-24,40
Melilla	14,26	15,18	12,96	-6,06	10,03
España	14,63	14,72	15,14	-0,61	-3,37

Fuente: elaborado mediante la aplicación informática proporcionada por el INCLASNS

4.16. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10.000 hab.

La tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva disminuyó del orden de un 1,68% entre los años 2014 y 2015 y también entre los años 2012 y 2015. La variación más notable en cuanto a reducción de la tasa, entre 2014 y 2015, se produjo en Canarias y la más significativa en cuanto a aumento en Extremadura. La mejor tasa del 2014 fue para Melilla, dato que se mantuvo en el 2015. La tasa más elevada del 2014 correspondió a Ceuta, que mantuvo su posición en 2015, seguida por Navarra y Asturias.

La hipertensión es otra de las patologías asociadas al padecimiento de sobrepeso y obesidad. No obstante, los datos disponibles, la tasa de hospitalización por enfermedad hipertensiva, en este caso, no reflejan la dimensión del problema

ya que, la mayoría de las personas que tienen problemas de hipertensión no suelen ser hospitalizadas, sino que siguen un tratamiento y están monitorizadas mediante controles periódicos. Por ese motivo, no sorprende que al calcular la correlación lineal entre la tasa de hospitalización por enfermedad hipertensiva y las de sobrepeso y obesidad no se obtenga un coeficiente: lo ideal sería disponer de la tasa de incidencia de hipertensión crónica en la población de cada una de las autonomías para realizar este ejercicio, ya que realmente mostraría la magnitud de esta posible concomitancia.

Tabla 39. Incidencia de hospitalización por enfermedad hipertensiva por CC.AA. los años 2012, 2014 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual 2015/14	Variación porcentual 2015/12
Andalucía	4,48	4,39	4,10	2,05	9,27
Aragón	2,27	2,28	2,26	-0,44	0,44
Asturias	5,06	5,38	5,59	-5,95	-9,48
Baleares	3,18	3,05	2,61	4,26	21,84
Canarias	3,80	4,38	4,71	-13,24	-19,32
Cantabria	3,35	3,39	3,15	-1,18	6,35
Castilla y León	3,14	3,38	3,37	-7,10	-6,82
Castilla Mancha	3,39	3,11	2,73	9,00	24,18
Cataluña	2,80	2,77	3,12	1,08	-10,26
C Valenciana	2,62	2,85	2,45	-8,07	6,94
Extremadura	3,00	2,50	4,34	20,00	-30,88
Galicia	3,53	3,65	3,82	-3,29	-7,59
Madrid	3,82	3,99	3,73	-4,26	2,41
Murcia	3,47	3,74	4,26	-7,22	-18,54
Navarra	5,55	5,05	4,31	9,90	28,77
País Vasco	3,62	3,53	4,20	2,55	-13,81
Rioja	4,52	4,78	4,35	-5,44	3,91
Ceuta	6,11	6,30	2,89	-3,02	111,42
Melilla	1,06	1,01	0,82	4,95	29,27
España	3,52	3,58	3,58	-1,68	-1,68

Fuente: elaborado mediante la aplicación informática proporcionada por el INCLASNS

4.17. Tasas de hospitalización recientes de neoplasias asociadas al desarrollo del sobrepeso y la obesidad

El análisis de la evolución reciente del número de altas tras de hospitalización por causa de algunas de las principales neoplasias y enfermedades asociadas al desarrollo del sobrepeso arroja interesantes resultados. En primer lugar, a nivel estatal el número de altas hospitalarias por neoplasias malignas de colon, recto y ano ha aumentado muy levemente (un 3,86%) entre los años 2014 y 2016. El aumento es algo mayor en la población de hombres (con un 4,07%) que en la de mujeres (con un 3,54%). Se trata de variaciones muy leves y no

significativas desde el punto de vista estadístico, pero hay que tener en cuenta que corresponden a un lapso muy breve: lo importante de este análisis es constatar que la tendencia es creciente, lo cual indica que este problema de salud asociado con el sobrepeso y la obesidad está aumentando.

El análisis de correlación de estos datos con los de obesidad y sobrepeso a nivel de CC.AA. no es significativo, porque los indicadores siguen patrones de evolución distintos en muchas regiones y no se ajustan a uno de tipo lineal. Así, por ejemplo, a nivel estatal y en la población total, once autonomías aparecen como estables (no muestran variaciones positivas o negativas del 10% o más), mientras que en Aragón y Asturias el número de altas aumentó levemente, en Baleares moderadamente y, en Ceuta, una ciudad en que el problema de sobrepeso y obesidad en la población es significativo, aumentó notablemente. En cambio, en Cantabria, Navarra y Melilla, las altas por este tipo de neoplasia muestran una reducción leve pero significativa. Dentro de estas autonomías, estos incrementos y disminuciones de las altas por hospitalización a causa de neoplasias malignas de colon, recto y ano son de diversa magnitud. Así, por ejemplo, destaca que en Baleares el aumento de las altas se produzca de forma leve en la población masculina y de forma notable en la femenina. Asimismo, la reducción que experimenta este indicador en Cantabria es moderada en el caso de la población masculina y muy leve en la femenina, y así sucesivamente. En conclusión: no existe un patrón de comportamiento homogéneo en los territorios que forman España, y por lo tanto, no se puede estimar un modelo predictivo territorial utilizando los datos agregados en cuanto a la relación entre este tipo de neoplasia y el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, aunque estudios concretos sobre muestras de pacientes afectados demuestren dicha asociación.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 40. Altas hospitalarias por sexo y Comunidad o Ciudad autónoma de hospitalización por neoplasias malignas de colon, recto y ano los años 2016 y 2014

	Neoplasias malignas de colon, recto y ano 2016			Neoplasias malignas de colon, recto y ano 2014			Variación porcentual 2016/14		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
CC.AA. y Total									
Andalucía	7019	4270	2749	6599	4046	2553	6,36	5,54	7,68
Aragón	1500	942	558	1293	804	489	16,01	17,16	14,11
Asturias	1344	810	534	1208	724	484	11,26	11,88	10,33
Baleares	1010	543	466	777	464	312	29,99	17,03	49,36
Canarias	1433	871	562	1506	888	618	-4,85	-1,91	-9,06
Cantabria	498	301	197	591	380	211	-15,74	-20,79	-6,64
Castilla y León	3364	2065	1299	3360	2053	1307	0,12	0,58	-0,61
Castilla Mancha	1787	1114	673	1781	1108	673	0,34	0,54	0,00
Cataluña	9308	5613	3695	8699	5275	3424	7,00	6,41	7,91
C Valenciana	5531	3337	2194	5396	3170	2226	2,50	5,27	-1,44
Extremadura	998	661	337	1013	627	386	-1,48	5,42	-12,69
Galicia	3253	1926	1327	3114	1860	1254	4,46	3,55	5,82
Madrid	6259	3707	2552	5914	3391	2524	5,83	9,32	1,11
Murcia	1232	752	480	1133	694	439	8,74	8,36	9,34
Navarra	751	499	252	875	580	295	-14,17	-13,97	-14,58
País Vasco	2381	1424	957	2635	1621	1014	-9,64	-12,15	-5,62
Rioja	322	199	123	322	215	107	0,00	-7,44	14,95
Ceuta	66	33	33	46	21	25	43,48	57,14	32,00
Melilla	29	11	18	34	20	14	-14,71	-45,00	28,57
España	48084	29079	19005	46296	27941	18355	3,86	4,07	3,54

Fuente: INE base, encuesta de morbilidad hospitalaria 2016

Lo mismo se puede decir acerca de las neoplasias malignas de mama y útero en la población femenina (ver Tabla 41). La evolución reciente del número de altas a nivel estatal indica que la incidencia de la primera permanece estable con tendencia a disminuir (variación del -1,78% entre 2014 y 2016), mientras que la de la segunda muestra una tendencia creciente muy leve (variación del 4,4% entre 2014 y 2016). Por Comunidades Autónomas no se advierten patrones de comportamiento homogéneos. Canarias destaca como la zona con mayor reducción (de grado moderado) de altas por neoplasia maligna de mama y Baleares y Cantabria muestran reducciones leves pero significativas, mientras que el resto de las regiones muestran variaciones positivas y negativas de muy baja magnitud. Asimismo, Ceuta destaca como la autonomía con mayor crecimiento (de tipo notable) del número de altas por neoplasia maligna de útero, seguida por Baleares con un incremento moderado y por Canarias y Cantabria con aumentos leves. El resto de las regiones no muestran cambios estadísticamente significativos.

Finalmente, el análisis de la evolución de las altas por enfermedades del esófago muestra una tendencia muy leve de crecimiento a nivel estatal, más acusada en la población femenina que en la masculina (ver Tabla 42). Como en los casos

4. Datos epidemiológicos recientes en España

anteriores, el comportamiento territorial de este indicador no obedece a un patrón y, por consiguiente, no facilita un modelo predictivo sobre la asociación de estas enfermedades y la incidencia de sobrepeso y obesidad. En Ceuta se da un crecimiento elevado de las altas en la población femenina, así como aumentos notables en La Rioja y Baleares, moderado en la Comunidad Valenciana y leves en Cataluña, Murcia, Navarra y el País Vasco. En la población masculina se dan aumentos leves pero significativos en Asturias, Canarias, Castilla y León y Murcia, y un aumento de grado moderado en Melilla.

Tabla 41. Altas hospitalarias en la población femenina por Comunidad o Ciudad autónoma de hospitalización por neoplasias malignas de mama y útero los años 2016 y 2014

	Neoplasia maligna de la mama 2016	Neoplasia maligna de la mama 2014	Variación porcentual 2016/14	Neoplasia maligna del útero 2016	Neoplasia maligna del útero 2014	Variación porcentual 2016/14
CC.AA. y Total	Mujer	Mujer	%	Mujer	Mujer	%
Andalucía	5541	5460	1,48	1511	1421	6,33
Aragón	996	968	2,89	220	243	-9,47
Asturias	687	677	1,48	270	226	19,47
Baleares	762	852	-10,56	216	161	34,16
Canarias	1034	1359	-23,91	488	441	10,66
Cantabria	325	390	-16,67	112	96	16,67
Castilla y León	1960	1818	7,81	484	441	9,75
Castilla Mancha	1111	1104	0,63	382	366	4,37
Cataluña	5904	5562	6,15	1588	1602	-0,87
C Valenciana	4170	4259	-2,09	1112	1115	-0,27
Extremadura	787	813	-3,20	218	219	-0,46
Galicia	2079	2136	-2,67	732	693	5,63
Madrid	5203	5649	-7,90	1250	1210	3,31
Murcia	994	977	1,74	284	276	2,90
Navarra	582	591	-1,52	179	163	9,82
País Vasco	1480	1637	-9,59	454	431	5,34
Rioja	222	222	0,00	54	57	-5,26
Ceuta	Sin datos	34	NC	24	15	60,00
Melilla	Sin datos	28	NC	9	9	0,00
España	33920	34535	-1,78	9589	9185	4,40

Fuente: INE base, encuesta de morbilidad hospitalaria 2016

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 42. Altas hospitalarias en la población en función del sexo y la Comunidad o Ciudad autónoma de hospitalización por enfermedades del esófago los años 2016 y 2014

	Altas en Enfermedades del esófago 2016			Altas en Enfermedades del esófago 2014			Variación porcentual 2016/2014		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
CC.AA. y Total									
Andalucía	2055	1218	837	1931	1115	816	6,42	9,24	2,57
Aragón	305	191	114	304	176	128	0,33	8,52	-10,94
Asturias	239	157	81	224	132	92	6,70	18,94	-11,96
Baleares	222	114	108	197	123	74	12,69	-7,32	45,95
Canarias	406	242	164	388	215	173	4,64	12,56	-5,20
Cantabria	133	85	48	128	80	48	3,91	6,25	0,00
Castilla y León	659	422	236	606	383	223	8,75	10,18	5,83
Castilla Mancha	446	270	176	435	273	162	2,53	-1,10	8,64
Cataluña	1656	946	709	1514	881	633	9,38	7,38	12,01
C Valenciana	1334	739	595	1240	759	481	7,58	-2,64	23,70
Extremadura	261	170	91	282	175	107	-7,45	-2,86	-14,95
Galicia	513	305	209	602	373	229	-14,78	-18,23	-8,73
Madrid	1983	1147	836	1979	1138	840	0,20	0,79	-0,48
Murcia	348	218	129	314	197	117	10,83	10,66	10,26
Navarra	191	107	84	201	130	71	-4,98	-17,69	18,31
País Vasco	603	355	248	615	399	216	-1,95	-11,03	14,81
Rioja	92	47	45	71	43	28	29,58	9,30	60,71
Ceuta	7	2	5	3	2	1	133,33	0,00	400,00
Melilla	9	6	3	7	4	3	28,57	50,00	0,00
España	11461	6741	4720	11041	6598	4443	3,80	2,17	6,23

Fuente: INE base, encuesta de morbilidad hospitalaria 2016

4.18. Tasa de pobreza

La tasa de pobreza pertenece al conjunto de indicadores determinantes sociales de la salud en la población. Debido a la crisis, durante unos años este indicador aumentó en España, si bien, más recientemente se ha moderado, habiendo disminuido, en promedio, un 2,26% entre los años 2015 y 2017, aunque registró un aumento del 3,85% entre los años 2012 y 2017 y todavía no se ha regresado a un nivel inferior al registrado el año 2012. La situación, por consiguiente, no es todavía optimista en este apartado. El aumento más notable de la tasa entre 2015 y 2017 se dio en Extremadura, y la disminución más significativa en La Rioja. La situación más favorable de 2017 fue para Navarra y la más desfavorable para Extremadura.

Este indicador afecta a la incidencia del sobrepeso y de la obesidad en la población adulta de nuestro país, presentando una correlación positiva, moderadamente intensa con las tasas de obesidad de hombres, mujeres y población total. El resultado, que se puede ver en el apartado 4.21, sugiere que, en las auto-

4. Datos epidemiológicos recientes en España

mías españolas, la calidad de la alimentación se ve perjudicada en las rentas bajas, propiciando en algún grado el incremento de estas patologías entre las personas afectadas por este problema, es decir, con bajo poder adquisitivo, entre las cuales no hay que descartar que se produzca un mayor impacto en las de los tramos de edad más mayores. Además, el coeficiente de correlación tiene mayor magnitud en la población masculina y por causa de ello, en la total, evidenciando que, en este momento, la tasa de pobreza tiene mayor impacto en la tasa de obesidad masculina que en la femenina.

Tabla 43. Tasa de pobreza por CC.AA. los años 2012, 2015 y 2017

CC.AA. y Total	Tasa 2017	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual 2017/15	Variación porcentual 2017/12
Andalucía	31,00	35,70	28,30	-13,17	9,54
Aragón	13,30	14,40	14,50	-7,64	-8,28
Asturias	12,60	16,70	13,00	-24,55	-3,08
Baleares	21,30	21,70	19,90	-1,84	7,04
Canarias	30,50	28,50	33,60	7,02	-9,23
Cantabria	17,60	14,90	17,70	18,12	-0,56
Castilla y León	15,40	18,30	15,90	-15,85	-3,14
Castilla Mancha	28,10	28,50	30,00	-1,40	-6,33
Cataluña	15,00	13,90	15,80	7,91	-5,06
C Valenciana	25,60	25,30	25,00	1,19	2,40
Extremadura	38,80	29,00	29,40	33,79	31,97
Galicia	18,70	19,40	18,30	-3,61	2,19
Madrid	16,90	15,10	14,20	11,92	19,01
Murcia	30,10	31,80	25,20	-5,35	19,44
Navarra	8,30	9,60	7,00	-13,54	18,57
País Vasco	9,70	10,90	13,30	-11,01	-27,07
Rioja	9,70	17,10	16,80	-43,27	-42,26
Ceuta	32,50	31,00	32,20	4,84	0,93
Melilla	26,20	25,80	8,60	1,55	204,65
España	21,60	22,10	20,80	-2,26	3,85

Fuente: elaborado mediante la aplicación informática proporcionada por el INCLASNS

4.19. Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior por CC.AA.

Otro determinante social del estado de salud es el nivel educativo de la población. En relación con el desarrollo del sobrepeso y de la obesidad, en principio cabría esperar que, a más educación, más medios para prevenir y controlar los factores de riesgo que propician estas patologías. No obstante, en España, una parte significativa de la población todavía no alcanza niveles educativos elevados. Así, la proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de

primera etapa de educación secundaria o inferior se ha reducido, por término medio, en España un 2,11% entre los años 2015 y 2016 y un 7,95% entre los años 2012 y 2016, pero todavía abarcaba a un 41,7% de los adultos en 2016.

La reducción reciente más importante se produjo en Navarra y el aumento más significativo en La Rioja. La tasa más favorable de 2016 se situaba en Madrid y la menos favorable en Extremadura, situación relativa que no varía en todo el período. Teniendo en cuenta que este indicador refleja el progreso de la población activa hacia niveles de educación más elevados, hay que interpretar los resultados de forma que, cuanto más reducidas las tasas, mejor nivel educacional hay en dicho segmento. Los resultados indican que la tasa se va reduciendo progresivamente, lo cual representa una evolución favorable.

En el apartado 4.21 se muestra que existe una correlación significativa y positiva entre este indicador y la tasa de obesidad, resultado que sugiere que en las autonomías con mayores proporciones de personas con bajo nivel educativo aumenta la probabilidad de desarrollar casos de obesidad.

Tabla 44. Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior por CC.AA. los años 2012, 2015 y 2016

CC.AA. y Total	Tasa 2016	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual 2016/15	Variación porcentual 2016/12
Andalucía	50,80	51,40	54,00	-1,17	-5,93
Aragón	36,30	39,00	40,40	-6,92	-10,15
Asturias	35,70	36,70	42,40	-2,72	-15,80
Baleares	42,30	45,40	47,00	-6,83	-10,00
Canarias	46,10	49,30	51,10	-6,49	-9,78
Cantabria	36,50	37,60	38,40	-2,93	-4,95
Castilla y León	50,90	50,50	53,80	0,79	-5,39
Castilla Mancha	41,90	42,50	43,40	-1,41	-3,46
Cataluña	39,60	41,20	44,90	-3,88	-11,80
C Valenciana	43,30	43,70	47,90	-0,92	-9,60
Extremadura	57,80	56,50	61,20	2,30	-5,56
Galicia	43,50	44,70	48,60	-2,68	-10,49
Madrid	28,90	28,50	30,70	1,40	-5,86
Murcia	49,90	50,60	53,10	-1,38	-6,03
Navarra	32,10	34,80	37,60	-7,76	-14,63
País Vasco	29,50	30,10	32,10	-1,99	-8,10
Rioja	39,70	37,00	40,60	7,30	-2,22
Ceuta	51,90	51,20	55,40	1,37	-6,32
Melilla	50,20	51,90	52,90	-3,28	-5,10
España	41,70	42,60	45,30	-2,11	-7,95

Fuente: elaborado mediante la aplicación informática proporcionada por el INCLASNS

4.20. Análisis de relaciones entre indicadores

En este apartado se muestra un resumen de las correlaciones lineales que han resultado significativas al relacionar todos los indicadores epidemiológicos presentados en este apartado hasta este punto con las tasas de sobrepeso y obesidad en la población adulta de las Comunidades Autónomas españolas (ver Tabla 36) y para los años más recientes disponibles (2015-2017 en general). En la realización del estudio se han efectuado muchos más análisis de correlación lineal entre las variables compiladas, pero el comportamiento territorial de la mayoría de los indicadores no sigue patrones ajustables a modelos lineales, por lo que no han salido significativos y no se han incluido. En general, el análisis riguroso acerca de las relaciones entre variables epidemiológicas de sobrepeso y obesidad y de aquellas que representan a los factores de riesgo y a las concomitancias debe realizarse, sin duda, a partir de establecimientos de cohortes o muestras representativas de pacientes en función de los objetivos del estudio.

No obstante, de los resultados del análisis territorial se desprenden algunos resultados generales que ratifican hallazgos anteriormente consolidados. Así, por ejemplo, se ha obtenido que existe una relación entre la prevalencia del sedentarismo en las distintas regiones y la del sobrepeso y la obesidad, especialmente en la población femenina. El signo de la relación es positivo si el nivel de realización de ejercicio es bajo y negativo si es alto, lo que sugiere que, si el nivel de ejercicio en la población es bajo, el sobrepeso y la obesidad tienden a aumentar y que, si el nivel de ejercicio crece, el sobrepeso y la obesidad tienden a disminuir. En otras palabras, el sedentarismo favorece el sobrepeso y la obesidad en las poblaciones de las Comunidades Autónomas en que el sedentarismo está más extendido, especialmente entre las mujeres. En el caso de la población infantil, los datos disponibles no han arrojado ninguna correlación significativa entre las tasas de sobrepeso y obesidad y las de sedentarismo de dicha población.

En el plano de los hábitos de alimentación, se ha hallado una correlación de signo negativo entre la ingesta diaria de verdura y la tasa de obesidad en población adulta, que sugiere que el consumo diario de este tipo de alimento propicia la reducción de esta patología en la población de las autonomías o, en otras palabras, que las comunidades con mayor proporción de personas que consumen verdura diariamente muestran, por término medio, tasas más bajas de obesidad.

Por otro lado, también se ha hallado una correlación positiva entre la incidencia de diabetes y las tasas de sobrepeso y obesidad, que afecta especialmente a la población femenina. El resultado ratifica la concomitancia de la diabetes observada en numerosos estudios. En cambio, para la población española no se han obtenido correlaciones significativas entre las tasas de sobrepeso y obesidad y las tasas de hospitalización por IAM o por enfermedad hipertensiva. También se han efectuado análisis de correlación lineal externos entre las tasas de morbilidad de las principales neoplasias (colorrectal, esófago, mama, útero y otras), asociadas con la obesidad como concomitancias, sin haberse hallado ninguna significativa para los datos de las CC.AA. españolas.

Otra correlación positiva que se ha hallado y que afecta especialmente a la población femenina es la que se da entre la incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular y la tasa de sobrepeso. Finalmente, en el apartado de condicionantes sociales, se han obtenido correlaciones positivas entre la tasa de pobreza y la de obesidad, y entre la proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior y la tasa de obesidad. Este resultado sugiere que el poder adquisitivo y el nivel de educación tienen cierta influencia en los estilos de vida que puede derivar en una menor capacidad para controlar la calidad de la alimentación y a tener acceso a información y mecanismos de prevención de esta patología.

4. Datos epidemiológicos recientes en España

Tabla 45. Correlaciones lineales significativas entre las tasas de sobrepeso y obesidad en la población adulta de las CC.AA. el año 2017 y las variables sobre estilos de vida, morbilidad, determinantes sociales y recursos sanitarios

Relación	Coefficiente de correlación lineal de Pearson
Tasa de población total que realiza un nivel de actividad física bajo y tasa de sobrepeso, en población femenina adulta: relación positiva, discreta y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,492
Tasa de sedentarismo en la población femenina adulta y tasa de obesidad en población femenina adulta: relación positiva, medianamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 99%	0,569
Tasa de sedentarismo en la población total adulta y tasa de obesidad en población adulta: relación positiva, medianamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 99%	0,586
Tasa de población total que realiza un nivel de actividad física moderado y tasa de obesidad, en población femenina adulta: relación negativa, moderadamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	-0,489
Tasa de población total que realiza un nivel de actividad física moderado y tasa de obesidad, en población total adulta: relación negativa, moderadamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	-0,450
Porcentaje de personas que comen verdura diariamente y tasa de obesidad en población adulta total: relación negativa, moderadamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	-0,471
Incidencia de diabetes por CCAA y tasa de sobrepeso, en población femenina adulta: relación positiva, moderadamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,474
Incidencia de diabetes por CCAA y tasa de obesidad, en población total adulta: relación positiva, medianamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,513
Incidencia de diabetes por CCAA y tasa de obesidad, en población femenina adulta: relación positiva, medianamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,547
Incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por CC.AA. y tasa de sobrepeso en población adulta femenina: relación positiva, moderadamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,467
Incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por CC.AA. y tasa de sobrepeso en población adulta total: relación positiva, moderadamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,460
Tasa de pobreza 2017 y tasa de sobrepeso, en población masculina adulta: relación positiva, medianamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 99%	0,605
Tasa de pobreza 2017 y tasa de obesidad, en población femenina adulta: relación positiva, medianamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,502
Tasa de pobreza 2017 y tasa de obesidad, en población masculina adulta: relación positiva, bastante intensa y significativa a un nivel de confianza del 99%	0,634
Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior por CC.AA. y tasa de sobrepeso, en población femenina adulta: relación positiva, moderadamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,494
Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior por CC.AA. y tasa de sobrepeso, en población total adulta: relación positiva, medianamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,524
Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior por CC.AA. y tasa de obesidad, en población masculina adulta: relación positiva, moderadamente intensa y significativa a un nivel de confianza del 95%	0,494

Fuente: elaboración de los autores a partir de los datos compilados

4.21. Cirugía bariátrica: situación reciente en España

La cirugía bariátrica es, actualmente, una de las soluciones quirúrgicas más comunes en el tratamiento de pacientes con obesidad. En España, las primeras experiencias relacionadas con esta práctica se llevaron a cabo a finales de los años setenta y, su desarrollo posterior llevaría a su incorporación entre los servicios ofrecidos por el sistema público de salud. Sin embargo, derivada de un reciente estudio realizado por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), la percepción de la situación actual de su gestión es la de que se trata de una de las intervenciones con mayor tiempo de espera entre las listas quirúrgicas (53).

La SECO es una Sociedad Científica sin ánimo de lucro, que se fundó en 1997 por un grupo de Cirujanos Españoles con especial dedicación e interés al tratamiento quirúrgico de la obesidad severa y de las enfermedades metabólicas. En 2017, la entidad llevó a cabo una encuesta online entre sus miembros con el ánimo de recabar información acerca de la situación de esta cirugía en los hospitales españoles, cuyos resultados se publicaron en forma de artículo en 2018 (53).

La muestra alcanzó 137 casos de profesionales del sector que pertenecían a 52 hospitales, de los cuales 47 eran públicos y 5 privados. Los cirujanos proporcionaron una amplia información que reveló que un total de 4724 pacientes estaban en lista de espera para someterse a este tipo de intervención, con una media de 100 pacientes por cada hospital público. Un 68% de los pacientes tuvo una espera superior a los seis meses, con una media total de 397 días de espera y un máximo de 1661 días. Un 46,2% de los cirujanos reportó casos de pacientes que habían sufrido eventos cardiovasculares con secuelas en los últimos cinco años, mientras esperaban para la intervención y un 21,2% recordó al menos un caso de evento cardiovascular mortal en el mismo período de tiempo (53). Los principales indicadores descriptivos del estudio se muestran en la Tabla 46.

Tabla 46. Principales indicadores sobre lista de espera en cirugía bariátrica y características demográficas de los pacientes afectados derivados de la encuesta FUNSECO 2017

Indicadores	Valores
Número total de pacientes en lista de espera	4724
Sexo (hombre/mujer) en %	18/70
Edad (media $\pm$ desviación estándar)	41 $\pm$ 10,43
IMC (media $\pm$ desviación estándar)	45 $\pm$ 5,15
Puntuación ASA:	En %
I	36%
II	42%
III	22%
IV	0%
Número medio de pacientes por hospital	90 (0-433)
Número de pacientes en espera por más de 6 meses (+%)	3223 (68%)
Media actual de días de espera	447
Media de días de espera para terminar el proceso	543
Ratio de entrada-salida	1,37

Fuente: Arteaga-González, I.J., A. I. Martín-Malagón et al. (2018). Bariatric Surgery Waiting Lists in Spain. Obesity Surgery (53)

Este estudio, a pesar de ciertas limitaciones en cuanto a representatividad y potencia, reveló sin duda que, en España, actualmente, las condiciones de la lista de espera de los pacientes que necesitan este tipo de intervención son inaceptables, especialmente en cuanto al riesgo asociado de acontecimientos que pueden tener consecuencias irreversibles para un número significativo de pacientes. Así, entre otros factores que condicionan el acceso a esta cirugía, la inclusión en la lista de espera en España depende de la evaluación positiva de un comité multidisciplinario que, habitualmente, está formado por un endocrinólogo, un psiquiatra especializado en desórdenes de la alimentación y un cirujano bariátrico. En muchos casos, los pacientes llegan a esta evaluación procedentes de otros circuitos de atención y el total de la espera es muy dilatado aumentando el riesgo para su vida. Los autores de este estudio citan diversos estudios de ámbito internacional que han demostrado ampliamente la existencia de este riesgo entre los pacientes con obesidad mórbida. Entre ellos, un estudio prospectivo (54) que profundizó en las causas de muerte de cerca de un millón de casos desde los años setenta hasta la segunda década del año dos mil, concluyó que se daba un 30% de incremento de la mortalidad por cada aumento de 5 kg/m² en el IMC, especialmente significativo entre personas de entre 35 y 59 años. Este incremento de la mortalidad se pudo asociar con una mayor incidencia de eventos cardiovasculares fatales, que también había sido reporta-

da por el estudio SOS (55) realizado en Suecia en 2012. Otros referentes citados por los autores son estudios realizados en Canadá, país cuyo sistema de atención de obesidad mórbida es similar al español. En estos estudios (56,57), se ha hallado, entre otros resultados, que la ratio de mortalidad entre los pacientes en espera para cirugía bariátrica es del 1,57%, tres veces superior al esperado en la población general. Teniendo en cuenta que un 64% de los pacientes en lista de cirugía bariátrica en España presentan comorbilidades asociadas a un síndrome metabólico, las condiciones actuales de espera intensifican las probabilidades de riesgo de eventos fatales para este colectivo. La situación demanda soluciones diferentes a las actuales, pero sólo alrededor de la mitad de los hospitales llevan a cabo acciones encaminadas a reducir las listas de espera. La legislación española establece una serie de prioridades en cuanto al acceso a cirugía y su dependencia de la condición clínica de los pacientes y de las consecuencias que pueden sufrir si no se someten a ella, recomendando tiempos de espera de entre 30 y 90 días en función de las prioridades clínicas, de 40 en casos de cáncer y un máximo de 180 días en general, pero la obesidad mórbida todavía no goza de una regulación propia.

Otros detalles aportados por el estudio señalaron que un 51,9% de los hospitales recibieron al menos una queja por escrito de los pacientes en espera: en un 9,6% de los casos con periodicidad semanal y en un 42,3% de los casos con periodicidad mensual. Al cierre del estudio, se estimó que había alrededor de 11.000 pacientes en espera de una intervención quirúrgica de este tipo. La cifra situó a la obesidad mórbida como la tercera indicación más común en el apartado de cirugía general y gastrointestinal por debajo de la hernia inguinal y la colecistectomía. Según estos datos, la cifra de pacientes con obesidad mórbida era similar a la de la cirugía de reemplazo de cadera (ambas patologías creciendo en el tiempo). Sin embargo, para una espera superior a seis meses, los pacientes con hernia inguinal representaban un 13,3%, los que tenían que hacerse una colecistectomía un 15,6% y los que necesitan cirugía bariátrica un 68%. La situación es dramáticamente desfavorable para el colectivo de pacientes obesos y no tiene comparación con lo que se da en el resto de las especialidades quirúrgicas atendidas por el sistema público de salud.

En cuanto al criterio de priorización de los pacientes, el más común fue el de atender a estos en función del tiempo de espera en la lista (49% de los hospitales), mientras que en 26 hospitales se seguían protocolos internos que priorizaban la condición clínica frente a la fecha de inclusión en la lista de espera.

Un 80% de los hospitales tenían calendarios establecidos para la realización de cirugías bariátricas, siendo 31 los centros que pudieron cumplirlos y 21 los que tenían que posponer a menudo algunas intervenciones porque los quirófanos eran ocupados para llevar a cabo intervenciones oncológicas y de otros tipos con una urgencia preferente. En el 84% de los hospitales se logró una frecuencia de una o dos intervenciones semanales, pero en un 74% de los centros se estimó que sería necesario realizar entre dos y cuatro intervenciones semanales para gestionar de forma eficiente la lista de espera. Nueve hospitales (17,3%) llevaron a cabo turnos extraordinarios para reducir la lista de espera, mientras que los 43 restantes (82,7%) no pudieron asumir este tipo de dinámica aludiendo la falta de disponibilidad de personal de enfermería o de anestelistas para cubrir este tipo de turnos extraordinarios (46,2% de los casos).

La necesidad de realización de este estudio por parte de la SECO se justificó plenamente ante la falta de provisión de datos oficiales de listas de espera quirúrgicas de esta especialidad por parte del sistema público de salud y de las administraciones estatal y autonómicas, no existiendo tampoco con anterioridad estudios relacionados con el impacto de la espera en los pacientes con obesidad. Así, la obesidad mórbida no está incluida en la lista de cirugías sometidas a monitoreo en cuanto a lista y tiempos de espera, como se puede ver en el sistema de información de indicadores clave de salud proporcionado por el Ministerio de Sanidad en que sí que figura información acerca de las listas de consultas especializadas y de cirugías como: general y aparato digestivo, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, urología, cardíaca, angiología y cirugía vascular. El hecho de no estar declarada oficialmente como enfermedad, puede ser una de las causas de esta falta de información institucionalizada. Sin embargo, a lo anterior hay que añadir la falta de recursos disponibles para atender a la demanda actual existente y en crecimiento. Todo ello se traduce, según las conclusiones de los autores de estudio, en una ineficiencia del sistema de salud respecto del colectivo de afectados, que no parece que vaya a solucionarse a corto o medio plazo.

A este respecto, los autores concluyen enfatizando que el colectivo médico especializado en este tipo de cirugía goza en España de una gran preparación y nivel, pero que la autoridad nacional que administra el sistema nacional de salud debe reconocer lo antes posible la situación de la lista de espera y el impacto negativo que representa para la salud del colectivo de pacientes con obesidad mórbida, comenzando por incluir esta cirugía en la lista de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos ordinarios.

Sin embargo, a pesar de la evidencia mostrada en cuanto a la necesidad de mejora de la accesibilidad a la cirugía bariátrica, existen otros aspectos a considerar como son los relacionados con su coste-efectividad. En este sentido, el informe Eficacia y seguridad sobre la cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida de 2018 (58) es el que proporciona la información relevante más reciente elaborada acerca de este apartado.

Así, en el plano de la evaluación de la eficacia de la cirugía bariátrica frente a otras terapias que no requieren intervención, el Informe señala que “la evidencia disponible sobre el efecto de la cirugía bariátrica, calificada globalmente como de calidad baja para los aspectos relacionados con el peso y el IMC, y de calidad moderada para la remisión de la diabetes, proviene de 13 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) con números de pacientes no muy grandes, y con moderado riesgo de sesgo, que concluyen en general que el tratamiento quirúrgico es mucho más eficaz que la terapia no quirúrgica para conseguir descensos clínicamente relevantes tanto del peso como del IMC de personas con obesidad, con o sin patologías asociadas a la misma. Pero dado que el tiempo de seguimiento máximo en los estudios no supera los cinco años, no hay pruebas concluyentes que indiquen si esas diferencias de efecto entre cirugía y tratamiento no quirúrgico se mantendrán a más largo plazo”.

En el mismo informe, se mencionan otros estudios que profundizan en el tema. Así, por un lado, se comenta que un análisis de datos de pacientes tratados con operaciones de cirugía bariátrica en España hasta finales de 2014, recogidos en el Registro Informatizado de Cirugía Bariátrica, concluyó que 3 de cada 1.000 pacientes operados morían en el primer mes de seguimiento tras la cirugía, mientras que, en un análisis separado de los ECA realizados solo con pacientes que además de obesidad tenían diagnóstico de diabetes de tipo 2, la cirugía era mejor en el corto-medio plazo que el tratamiento no quirúrgico, tanto con relación al peso y el IMC, como con relación a la remisión de la diabetes; y era peor con relación a los efectos secundarios de los tratamientos (58).

Otra de las referencias que aporta se refiere a un estudio económico español de coste-utilidad que comparaba costes y efectos a cinco años de seguimiento de la cirugía bariátrica frente al tratamiento no quirúrgico. Este estudio estimó un coste añadido por cada AVAC (año de vida ganado ajustado por calidad) de 1.456 euros para tratados con banda gástrica y de 2.664 euros para tratados con bypass gástrico. En base a estos resultados, se estimó que el potencial impacto presupuestario extra en los servicios sanitarios de tratar mil pacientes

con banda gástrica ajustable sería de 1,5 millones de euros y de 3,6 millones de euros si se les tratara con bypass gástrico.

En la misma línea, se cita otro estudio español en el que simulaban seguir los pacientes hasta su muerte, estimando que los pacientes tratados con cirugía con bypass ganarían como media 5,63 años AVAC y que incluso se lograría un ahorro de gastos sanitarios, por ahorro del tratamiento de diversas comorbilidades relacionadas con la obesidad; pero ese estudio partía de la hipótesis, discutible, de que los no tratados con cirugía mantendrían el mismo rango de IMC durante toda su vida.

La principal conclusión del informe es que: “en personas con obesidad mórbida, la cirugía bariátrica es más eficaz a corto y medio plazo que la terapia no quirúrgica para conseguir descensos clínicamente relevantes tanto del peso como del IMC o en la remisión de la diabetes. Pero son necesarios estudios que confirmen si esas diferencias de efecto entre cirugía y tratamiento médico se mantienen a largo plazo” (58).

Por consiguiente, a la necesidad de mejorar la accesibilidad a la cirugía bariátrica se une la de incrementar los estudios en torno a su efectividad y coste-efectividad con el fin de disponer de un cuadro informativo completo, que profundice en todos los apartados necesarios para el abordaje de la provisión de una atención actualizada, ajustada a la demanda que hay en España y capaz de gestionar su potencial crecimiento a corto plazo.

4.22. Conclusiones derivadas de los datos epidemiológicos

El análisis de los datos epidemiológicos disponibles en España en relación con el sobrepeso, la obesidad, los factores de riesgo que pueden incrementar su incidencia y las concomitancias que se asocian con el padecimiento de estas patologías, proporciona una descripción del estado actual de situación acerca de este tema en nuestro país en conjunto y, para muchas variables, en cada una de las autonomías.

Las principales conclusiones que se derivan de la información desgрана a lo largo de este amplio apartado son las siguientes:

- Según datos de la OMS, el año 2016, el IMC medio de la población española se situó en 25,9 kg/m² para la población total, 27,0 kg/m² para la

población masculina y 24,8 kg/m² para la población femenina. Teniendo en cuenta que el valor de referencia para considerar que una persona de 18 y más años tiene sobrepeso es de 25 kg/m², hay que concluir que una proporción significativa de nuestra población adulta, especialmente la masculina, muestra actualmente el perfil de una persona con problemas de sobrepeso.

- La prevalencia media de sobrepeso en la población de 18 y más años en España el año 2017 fue del 37,07%, con un 44,31% en la población masculina y un 30,04% en la femenina, cifras que ratifican la situación apuntada por el estado del IMC medio: una parte significativa de la población de 18 y más años está afectada por este problema y, la situación se agudiza de forma notable en el caso de los varones. Los tres indicadores han crecido desde el año 2014 (un 3,72%, un 1,63% y un 7,09% respectivamente), especialmente en el caso de la mujer, lo que podría afectar a corto plazo al, hasta ahora, más eficiente control del sobrepeso en la población femenina.
- La prevalencia media de obesidad en la población de 18 y más años en España el año 2017 fue del 17,43%, con un 18,15% en la población masculina y un 16,74% en la femenina, proporciones que siguen el mismo tipo de patrón que las de sobrepeso: menor incidencia en la población femenina y agudización de esta en el caso de los varones. Los tres indicadores han crecido desde el año 2014 (un 3,08%, un 5,95% y un 0,36% respectivamente), especialmente en el caso del hombre, aunque de seguir el aumento de casos de sobrepeso en la población femenina el indicador podría aumentar por causa de la mujer a medio plazo.
- La prevalencia media de sobrepeso en la población infantil (2-17 años) en España el año 2017 fue del 18,26%, con un 18,31% en la población masculina y un 18,21% en la femenina, por lo que una parte significativa de la población infantil, aunque menor que la de la adulta, está afectada por este problema y, la situación es prácticamente similar para ambos géneros. La tasa masculina ha disminuido desde el año 2011 (un 5,91%), mientras que la femenina ha crecido (un 7,5%) y la total ha permanecido estable, apuntando hacia una leve mejora en la población masculina y un leve empeoramiento en la femenina.

- La prevalencia media de obesidad en la población infantil (2-17 años) en España el año 2017 fue del 10,3%, con un 10,4% en la población masculina y un 10,2% en la femenina, por lo que una parte significativa de la población infantil, si bien inferior a la afectada en la adulta, está afectada por este problema y, la situación es prácticamente similar para ambos géneros. Las tres tasas han aumentado desde el año 2011 (un 7,74%, un 8,67% y un 6,69% respectivamente), apuntando hacia un leve pero sostenido empeoramiento de la situación.
- El sedentarismo, considerado uno de los factores de riesgo más evidentes a la hora de favorecer el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, tenía una notable prevalencia del 37,81% en la población de 18 y más años en 2017, con un mayor peso en la población femenina (41,89%) frente a la masculina (33,51%). Sin embargo, aunque leve, se registra un aumento de este indicador en la población masculina y, consecuentemente en la total, desde el año 2014 (un 7,82% y un 3,08% respectivamente), mientras que en la femenina se ha mantenido prácticamente estable.
- El sedentarismo en la población infantil de 0 a 4 años es mucho más prevalente que en la edad adulta 52,9% en niños; 55,02% en niñas y 53,92% en total), lógicamente debido a la gran cantidad de tiempo que necesitan dedicar al sueño los infantes en esa etapa de su vida. No obstante, los indicadores no han mantenido una estabilidad entre los años 2011 y 2017, sino que han crecido (un 14,63%, un 0,40% y un 7,11% respectivamente), resultado que sugiere que los padres o tutores han podido disminuir el tiempo de actividad de los infantes, especialmente en el caso de los niños.
- En cambio, el sedentarismo está mucho menos presente en la población infantil de 5 a 14 años, con tasas del 10,84% en la población masculina, del 17,36% en la femenina y del 14% en la total. Aun así, la evolución de los indicadores con un crecimiento bastante significativo en el caso masculino (31,55% entre los años 2011 y 2017), muy leve en el caso femenino (6,83%) y leve en el total (15,42%), sugiere que su prevalencia está aumentando y, por consiguiente, aumentando el riesgo de desarrollo de sobrepeso y obesidad en este colectivo.
- El sedentarismo infantil se ve alentado por la amplia oferta a su disposición de medios de distracción digitales y virtuales. En 2017, un 73,87% de los niños de entre 1 y 14 años pasaban más de una hora de su tiempo libre

en día laborable frente a una pantalla y hasta un 82,62% en fin de semana. Estas tasas aumentaron un 16,57% y un 11,81%, respectivamente, desde el año 2011, lo que indica un agudizamiento de estas prácticas.

- Entre los años 2011 y 2017, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud arrojaron un resultado esperanzador en cuanto a la evolución de la intensidad de práctica de actividad física en la población española de 15 a 69 años. Así, el porcentaje estimado de casos de nivel alto de actividad física creció un 15,64% y se situó en casi un cuarto de la población (24,33%), mientras que el nivel moderado creció un 103,17% y se situó en un 40,39% de la población y el nivel bajo disminuyó un 40,28% situándose en un 35,28%. En conclusión, el año 2017, un 64,72% de la población mostraba un nivel de actividad física entre moderado y alto, resultado positivo de cara a la prevención del sobrepeso y la obesidad. No obstante, se trata de un factor cuya efectividad depende de su grado de coordinación acerca de los restantes factores de riesgo. Paralelamente, la encuesta de hábitos deportivos, pero del año 2015, también arrojó un resultado bastante positivo acerca del hábito de caminar como mínimo diez minutos para mantener la forma física: 49,1% de la población adulta lo hace diariamente; 68,2% al menos una vez a la semana y 69,9% al menos una vez al mes. Si se añaden los datos de práctica de algún deporte, la encuesta estimó que un 81,1% de la población hace algún deporte o camina semanalmente.
- En cuanto a la práctica deportiva en edad escolar los datos, señalaban en 2011 que, tanto a nivel nacional como autonómico, los varones muestran tasas superiores a las de las mujeres en participación en actividad físico-deportiva organizada y no organizada y que, para ambos géneros, la tasa de actividad físico-deportiva no organizada es superior a la organizada. La tasa media de participación en actividades organizadas alcanzó un notable 73% entre los hombres y un 53% entre las mujeres. En cambio, las tasas de participación en actividades no organizadas fueron del 78% y 66% respectivamente. Finalmente, la tasa de actividad físico-deportiva en vacaciones mostró tasas superiores al 70% en todas las autonomías y para ambos géneros.
- En la parte de hábitos alimentarios saludables, teniendo en cuenta que algunos estudios relacionan el hábito de tomar un desayuno sano con una menor prevalencia de obesidad, en España, el año 2018, se estimó

que entre un 24 y un 27% de la población de todas las edades llevaba a cabo una práctica adecuada, si bien, en España, por término medio, no se alcanza el aporte de energía recomendando de entre un 20 y un 25 por ciento, ya que nuestro nivel está en torno a un 17 por ciento. Por consiguiente, de momento, sólo una cuarta parte de la población sigue la práctica recomendable en este apartado.

- La composición calórica del desayuno reportada por el estudio ANTIBES puso de manifiesto que en los niños y adolescentes se da un mayor aporte a la energía por parte de azúcares añadidos y ácidos grasos saturados, mientras que, para el grupo de adultos mayores, se observó un mayor aporte a la energía por parte de hidratos de carbono complejos (almidones) y ácidos grasos monoinsaturados. En conclusión, la tendencia al aumento de ingesta de azúcares añadidos y ácidos grasos saturados entre los niños está contribuyendo a agravar la evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad.
- El consumo diario de fruta fresca, otro de los hábitos recomendados para una alimentación sana y equilibrada ha mejorado en los últimos años y, en el año 2017 mostró una prevalencia del 64,22% en la población, si bien, la mujer lo pone en práctica en el 68,88% de los casos y el hombre en un 59,39%. La tasa ha crecido muy levemente entre los años 2011 y 2017, pero lo ha hecho en ambos géneros y en total: 2,54% para la población masculina; 6,25% para la femenina y 4,54% en la total.
- En cambio, el consumo diario de verduras, hortalizas y ensaladas ha seguido una tendencia descendente entre los años 2011 y 2017, disminuyendo un 16,36% en la población masculina hasta situarse en un 34,45%; un 8,08% en la población femenina hasta situarse en un 46,18% y un 11,71% en la población total hasta situarse en un 40,42%. En conclusión, menos de la mitad de la población está siguiendo las recomendaciones en este apartado, lo cual puede contribuir a agravar el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en algún grado.
- El apartado de datos en alimentación se cierra con la estimación del cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en cuanto a lactancia materna, defendida por muchos estudios y autores como un factor de prevención contra el desarrollo de sobrepeso y la obesidad a lo largo de la vida. Según la ENSE, entre los años 2011 y 2017, la proporción de casos

de recepción de lactancia materna durante 6 meses son los que cumplen con la recomendación de la OMS, aumentó un 36,7% (un 43,72% en el caso de los niños y un 29,86% en el de las niñas) hasta situarse en un 39% de esta población en el año 2017 (39,15% en el caso de los niños y 38,84% en el de las niñas). Los resultados indican que, aunque la lactancia natural está extendida, no se hace con la duración recomendada por la OMS en suficiente proporción y, en consecuencia, no despliega todo su potencial como elemento de protección frente al desarrollo de sobrepeso y obesidad en nuestra población.

- En el año 2010, se estimó que un 29,97% de personas que desarrollaban su actividad laboral en un centro de trabajo tenían acceso a iniciativas de promoción de una alimentación saludable, siendo éstas más frecuentes en el caso de la mujer (36,78%) que en el caso del hombre (24,73%). No es posible saber cómo ha evolucionado esta tendencia en los ocho años siguientes, pero hace ocho años ya estaba al alcance de más de un cuarto de la población afectada, un resultado prometedor.
- La cuota de publicidad de alimentos y bebidas ha supuesto un 20% del total en 2017. Los anuncios de alimentación y bebidas han rebajado su impacto en los medios de comunicación tradicionales, pero siguen siendo rentables debido a su expansión a través de las tecnologías digitales y las redes sociales, por lo que no se espera una disminución de su impacto en el medio plazo.
- La población infantil de 4 a 12 años es un colectivo objetivo para la publicidad de alimentos y bebidas, por lo que en el año 2013 se implantó el código PAOS que vela por la ética en el contenido de los mensajes dirigidos a este colectivo, incluyendo el fomento de los hábitos saludables. La evolución reciente del porcentaje de publicidad de alimentación y bebidas de empresas adheridas al Código PAOS (PAB-PAOS) es bastante positiva y entre los años 2010 y 2017 aumentó su cuota desde un 84,9% a un 94,1%, resultado que señala que la gran mayoría de empresas del sector que hacen publicidad sigue sus directrices.
- No se dispone de datos recientes a gran escala sobre la incidencia de colesterol alto en la población española. Los más actuales provienen del Estudio de Nutrición y Riesgo Vascular en España (ENRICA), realizado entre los años 2008 y 2010. Los resultados mostraron que 23 millones

de españoles (el 50,5% de la población), rebasaban el nivel máximo de colesterol en sangre recomendable por los cardiólogos de 200 miligramos por centímetro cúbico. La prevalencia de pacientes con hipercolesterolemia definida ($>240\text{mg/dl}$) se situó en un 21,9%. Por género, el estudio reveló que, en los hombres, existía un claro aumento de la prevalencia de niveles de CT y c-LDL elevados a partir de la franja de edad de 30-44 años (CT=46,9%; c-LDL=44,9%) y que se mantenía alto hasta después de los 65 años. En cambio, entre las mujeres, dicho aumento de HC se producía especialmente entre los 45-64 años (CT=70,2%; c-LDL=59,8%) y se también se mantenía alto hasta después de los 65 años. España mostraba una situación levemente mejor que la de la mayoría de los países vecinos de la UE, pero una proporción de afectados superior a la mitad de la población era ya francamente preocupante. Por su papel como factor de riesgo y concomitancia asociada al sobrepeso y la obesidad, sería deseable dar impulso a nuevos estudios para establecer cómo ha evolucionado este problema en nuestro país y cuál es la situación actual.

- La media española de incidencia de diabetes ha aumentado un 14,37% entre los años 2014 y 2017 y un 12,07% entre los años 2011 y 2017. Se trata de incrementos recientes y significativos que señalan un empeoramiento de la situación de esta patología en nuestro país en su conjunto y de diversa magnitud en las poblaciones de las autonomías. Analizando la incidencia territorial de esta patología el año 2017, se advierte una correlación lineal positiva y significativa entre las incidencias de diabetes y las tasas de sobrepeso y obesidad en las poblaciones autonómicas de mujeres adultas y en la total por causa de éstas, que constata la influencia mutua que ejercen estas patologías entre sí.
- Asimismo, otros análisis territoriales han arrojado una correlación lineal positiva entre las tasas de sobrepeso y obesidad y las tasas ajustadas de hospitalización por enfermedad cerebrovascular todo ello por CC.AA., en la población femenina adulta y en la total, como consecuencia de la mayor prevalencia de casos positivos entre las mujeres acerca de estos indicadores.
- En cambio, los datos de las autonomías no presentan patrones susceptibles de modelización lineal en los casos del IAM, hipertensión o neoplasias malignas, por lo que no se ha establecido ninguna correlación territorial significativa entre los indicadores que representan las prevalencias de estas patologías y las tasas de sobrepeso y obesidad.

- La tasa de pobreza y la proporción de personas de 25 a 64 años en la población con un nivel bajo de estudios por autonomías se correlaciona de forma positiva y significativa con las tasas de sobrepeso y obesidad, sugiriendo que las personas que se hallan en mala situación económica y con menos capacidades para desarrollar profesiones bien remuneradas son también más vulnerables y tienen más probabilidades de padecer estas patologías.
- La cirugía bariátrica, a pesar de ser la solución más común para mejorar la salud y condiciones de vida del colectivo de obesos en general y de los obesos mórbidos en particular, no goza en España de una regulación y administración adecuada y equiparable al de las especialidades incluidas en la lista global de cirugías. Su diagnóstico y lista de espera no están incorporadas al currículo de especialidades, probablemente por la falta de reconocimiento como enfermedad. Esta situación no permite atender a la demanda actual, que además está en crecimiento, y aumenta el riesgo de eventos fatales en esta población durante el tiempo de espera. El colectivo profesional para atender este apartado cuenta con el nivel y la preparación para acometer la atención a los pacientes con obesidad mórbida, pero el acceso a los recursos estructurales necesarios como son los quirófanos, personal de enfermería y anestesiistas están limitados por la dinámica actual de otras especialidades. La situación actual requiere una actualización y regulación adecuada al escenario lo más rápida posible, dado que un porcentaje de los pacientes con obesidad está sufriendo una discriminación en accesibilidad respecto de otros colectivos en riesgo de eventos fatales. Sin embargo, la información disponible señala que este ajuste debe ir acompañado de estudios rigurosos de efectividad y de coste-efectividad que orienten la toma de decisiones en este ámbito y permitan un abordaje racional acerca de la gestión de atención al colectivo afectado.

5. La obesidad y la controversia en torno a su reconocimiento como enfermedad

5.1. Introducción

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud catalogó la obesidad como enfermedad en 1995, todavía son muchos los países que no le otorgan ese rango y en los cuales todavía se habla de ella como de “una condición crónica urgente” o como “un problema grave de salud” que presenta una parte de la

población. España es uno de los países en que dicho reconocimiento todavía no se ha producido.

La distinción entre el estatus de condición y enfermedad es relevante por cuanto condiciona que el colectivo afectado pueda acceder o no a su tratamiento bajo las mismas condiciones de que goza el resto de las enfermedades aceptadas por el sistema de Seguridad Social y el de aseguramiento privado. Si una patología no está reconocida como enfermedad, los médicos del sistema público y privado no pueden tratarla como tal porque a ellos no se les paga por dar la atención especializada, ni pueden recetar tratamientos bajo el amparo del sistema sanitario público o privado, todo lo cual resulta en un conflicto de intereses entre pacientes y el colectivo sanitario, pues los médicos deben ayudar hasta donde sea posible a los afectados. Si un gobierno aprueba la inclusión de la patología como enfermedad, entonces el sistema público y las aseguradoras privadas pueden gestionarla como el resto de las aprobadas en el listado oficial y, en teoría, la atención especializada y farmacéutica se torna en más asequible para el paciente.

Sin embargo, el tema no es sencillo y suscita controversia porque es innegable que una elevada proporción de las personas que padecen esta patología llegan a la misma por falta de control en sus hábitos alimentarios mientras que otra elevada proporción de la población, sufre de obesidad por causas genéticas, desajustes en su metabolismo y otros problemas.

La discusión entre ambos extremos cuenta con una herramienta que puede ayudar en la clasificación de pacientes y, por consiguiente, en establecer el estatus de enfermedad para los mismos. Se trata de la Codificación Internacional de Enfermedades (ICD-10-PCS International Classification of Diseases 10th Revision Procedure Classification System). Así, esta codificación que recoge de forma jerárquica todas las enfermedades ordenadas por grupos o familias incluye a la obesidad como enfermedad enmarcada en el bloque destinado a “Obesidad y otros trastornos de la hiperalimentación”, bloque que engloba los códigos de trastornos comprendidos entre el E-66 y el E-68, siendo:

E-66.0 el que hace referencia a la “obesidad causada por un exceso de calorías”,

E-66.2 para la “obesidad extrema con hipoventilación alveolar” (Síndrome de Pickwick) y,

E-66.8 para la “obesidad mórbida”.

Este sistema de codificación está internacionalmente aceptado por la mayor parte de instituciones médico-sanitarias y puede constituir un punto de partida para resolver la controversia en torno a la consideración de la obesidad como enfermedad a partir de la clasificación de los que la padecen en diversos tipos y causas.

En cualquier caso, en el momento presente, a medida que pasa el tiempo se va constatando que el sobrepeso y la obesidad siguen aumentando su prevalencia en la mayoría de las poblaciones de los países desarrollados, por lo que algunos países terminan incorporándola a la lista de enfermedades con tratamientos sufragados o contemplados por los sistemas sanitarios públicos y privados. El caso de los Estados Unidos de América es el referente reciente más llamativo.

5.2. El caso de Estados Unidos como referente

En junio de 2013, la Asociación Médica Estadounidense (AMA por sus siglas en inglés), aprobó durante su reunión anual en Chicago, una medida que reforzó notablemente el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad en los Estados Unidos de América. La nueva política adoptada, identificó de forma contundente a la obesidad como una enfermedad que requiere de diversas intervenciones médicas para su tratamiento y prevención.

Los antecedentes que condujeron a la adopción de esta nueva política eran claros para el colectivo que tomó la decisión. Así, por un lado, el índice de obesidad en los Estados Unidos había crecido casi un 50% entre 1997 y 2002, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y, por otro lado, en 2013, los datos indicaban que casi el 30% de los estadounidenses adultos eran obesos, manifestándose, además, el problema en una proporción similar entre los niños. Según los CDC estadounidenses, la obesidad en los niños se ha duplicado en los últimos 30 años.

La obesidad ya había sido reconocida como una enfermedad por otros grupos, pero la influencia de la AMA tuvo un gran impacto entre la comunidad médica de cara al diseño y adopción de medidas a gran escala.

A medida que se ha ido constatando que el padecimiento de la obesidad incrementa el riesgo de desarrollar problemas cardíacos, diabetes de tipo 2, hiper-

tensión, apoplejías, enfermedades hepáticas, apnea del sueño, osteoartritis y otras patologías, la mayoría de las cuales son crónicas, se ha incrementado la necesidad de abordar su complejo tratamiento y prevención de forma generalizada. En este sentido, el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad por parte de AMA para Estados Unidos, constituyó un punto de partida para que la comunidad médica abordase este tema con nuevos ojos y con la intensidad que ya estaba requiriendo.

Los efectos derivados estimados por la AMA como consecuencia de la toma de una decisión de este tipo fueron múltiples:

- a) Posibilitar el aumento de financiación para investigaciones actuales y futuras sobre la obesidad
- b) Poder forzar la inclusión de consultas a los médicos sobre nutrición o ejercicio que no estaban entonces contempladas ni sufragadas por los seguros médicos
- c) Reducir la estigmatización asociada al sobrepeso, pues en una proporción elevada de casos, siempre ha sido considerada como una consecuencia de la falta de cuidado y responsabilidad personal: un problema más bien causado por comer mucho, hacer vida sedentaria y una dieta insana
- d) Poder diseñar e implantar campañas de concienciación sobre hábitos de vida que permitiesen un mayor control de los casos “autoinducidos” frente a los que realmente se producen por otras causas y desajustes corporales de compleja remisión y control
- e) Facilitar el reconocimiento de la necesidad de parte de la población de recibir tratamientos para combatir el sobrepeso, ya que, la mayoría de las aseguradoras no cubrían la obesidad por sí sola. En aquel momento, las aseguradoras cubrían más bien tratamientos relacionados con tipos de comórbidos como, por ejemplo, una diabetes agravada por obesidad era susceptible de cobertura del problema de obesidad

Además, se estimó que los gastos en cuidados de salud asociados con la obesidad costaban a los estadounidenses, ya en aquel momento, entre 147 y 210 millones de dólares por año, por lo que también se estimó que la prevención y el tratamiento de la obesidad antes de que conduzca al desarrollo de enfermedades más graves, podría ayudar a paliar significativamente estos costos. En definitiva, la decisión supuso un avance y grupos como el Obesity Action Coalition trabajaron para presentar en el Congreso Americano un proyecto de ley para tratar y combatir la obesidad (2).

5.3. Argumentos a favor y en contra del reconocimiento de la obesidad como una enfermedad

La consideración o no de la obesidad como enfermedad viene debatiéndose desde hace muchos años. La discusión se ha intensificado en la última década debido al incremento significativo de la prevalencia de esta patología en la mayoría de los países desarrollados, que requiere de actuaciones efectivas y eficaces para tratar de revertir esta tendencia a gran escala.

El punto crucial del debate es el que hace referencia a las consecuencias económicas derivadas de la consideración de la obesidad como enfermedad, ya que, si desde un punto de vista oficial la obesidad se observa como una enfermedad, el coste de su tratamiento (farmacológico, educación nutricional y cirugía en los casos que correspondan), tendrá muchas más posibilidades de estar subvencionado por la sanidad pública o incluido entre las aseguradas por la sanidad privada, lo cual aumenta la partida presupuestaria en sanidad. Por otro lado, dado el alto riesgo de los pacientes con obesidad de desarrollar concomitancias de riesgo que, además se cronifican, parece lógico atender a su contención en los estadios iniciales para evitar incrementar los costes que se derivan de las concomitancias y que, en su mayoría están actualmente cubiertos por la sanidad pública y privada.

Entre los argumentos a favor del reconocimiento de la obesidad como enfermedad, el más extendido es el que se deriva de la evidencia del aumento de su prevalencia en la población a medida que pasan los años, y con ella, el coste derivado de la atención de las concomitancias en el alto porcentaje de los casos en que aparecen. En los últimos años, algunos medios de comunicación ya califican a esta evolución de la presencia de casos de obesidad en la población como epidemia en algunos países, como futura epidemia en otros o como pandemia.

La investigadora británica Laura Webber presentó en el congreso EuroPrevent del año 2014 un informe en el que explicaba por qué la obesidad podría transformarse en una epidemia en 2030 en muchas zonas de Europa si no se toman las medidas necesarias. Webber respaldó sus conclusiones con datos que señalan que las tasas de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres aumentarán en casi todos los países de Europa en 2030, pero no de forma uniforme. Los pronósticos calculados como proyecciones apuntan hacia una horquilla de incremento de la obesidad masculina de entre un 15% para Holanda y Bélgica

frente a un 47% para Irlanda; y hacia una horquilla de incremento de la obesidad femenina de entre un 10% para Rumania y otro 47% para Irlanda.

Por consiguiente, las estadísticas y sus proyecciones están proporcionando el argumento más sólido a favor de la consideración de la obesidad como una enfermedad.

En Estados Unidos, también surgieron opiniones a favor durante y tras la decisión de otorgar a la obesidad el estatus de enfermedad. Entre ellas, destaca la de la presidenta de la AMA, Ardis Hoven, que consideró que la nueva designación de la obesidad aumentaría la atención a la prevención y a los tratamientos de la patología, ayudando a los profesionales médicos a gestionar los crecientes y complejos problemas que se derivan de esta. Asimismo, añadió que este paso permitiría aumentar la preparación, formación y entrenamiento, así como el equipamiento entre los profesionales para ayudar a los pacientes y para llevar a cabo medidas de prevención. La visión de Hoven añade que el tomar esta medida supone una gran motivación y estímulo para la investigación, tal y como sucede en el ámbito de patologías con altas tasas de morbilidad.

Por otro lado, Marlene Schwartz, directora encargada de centro de políticas para la obesidad y comidas Rudd, de la Universidad de Yale, consideró que llamar enfermedad a la obesidad iba a permitir acceso a la intervención médica a los obesos que lo requiriesen, pero que había un riesgo de caer en estereotipos y simplificaciones. Así, advirtió de la necesidad de tener en cuenta que la clasificación también haría sentir mal a muchas personas acerca de sí mismas, que la enfermedad es muy complicada y que abarca aspectos psicológicos delicados. “La idea de que aquellos con un índice de masa corporal por encima de los 30 -la marca oficial para los obesos- sólo necesitan dejar de comer hamburguesas y agarrar una cuerda de saltar es reduccionista”, advirtió. También añadió que “la clasificación de obesidad como una enfermedad tiene un tremendo potencial para ayudar a emplear recursos y dirigir atención a los potenciales problemas de salud de aquellos con una masa corporal por encima de 30. Si se usa correctamente, puede combatir el estigma. Necesitamos poder usar esta etiqueta de enfermedad para que la gente tome seriamente la obesidad y no continúe culpando a la gente de ser irresponsable. Al final, todo el mundo que participa en el debate quiere lo mismo: que los estadounidenses disfruten de una comida nutritiva, de actividad física, buena salud y se sientan cómodos con su cuerpo” (6, Fuente: BBC Mundo).

Finalmente, se completa la lista de argumentos a favor con las recientes declaraciones de expertos médicos del Reino Unido que están reconociendo la obesidad como una enfermedad y reclamando urgentemente el reconocimiento del gobierno de este estatus para la patología (43).

Así, el 3 de enero de 2019, el Royal College of Physicians declaró públicamente que el gobierno del Reino Unido debería reconocer con carácter urgente la obesidad como una enfermedad. El principal argumento esgrimido para la institución es que hasta que no se produzca esta declaración, la prevalencia de la obesidad no va a tender a reducirse. El prestigio del Royal College of Physicians es innegable y representa cerca de 35.000 doctores de todo el mundo. El presidente del College, Andrew Goddard, se dirigió a los medios de comunicación en una entrevista en exclusiva explicando que en el colectivo médico se han dado cuenta de que la obesidad no es simplemente una opción de estilo de vida, sino que es algo a lo que las personas tienen una predisposición genética y que depende en buen grado del entorno en el que vivimos. A su anuncio se unieron otras voces autorizadas como, por ejemplo, la de Sarah LeBrocq, directora de HOOP, la organización más grande de pacientes del Reino Unido, que acoge a 15.000 afectados. Sus palabras “yo no elegí vivir de esta manera ... es algo que me ha pasado”, son elocuentes y, además, no son las únicas que expresaron la misma idea. Sarah trabaja con líderes de opinión clave, expertos en estigma y miembros del Parlamento para cambiar el discurso sobre la obesidad. Esta directora desearía que el tema fuese menos “estigmatizante” y objeto de mayor receptividad para que las personas que desean ser tratadas por su obesidad tengan opciones. Por otro lado, la profesora Rachel Batterham, especializada en la investigación de la obesidad y que desarrolla su actividad en el University College London, está de acuerdo en que la obesidad es una enfermedad crónica y progresiva. Ella cree que clasificarlo como tal es la única forma de tratar la causa en lugar de las consecuencias de la crisis de obesidad en el Reino Unido. Su argumento principal es que: “Ahora sabemos mucho más sobre biología y hay más de 100 ADN identificados que muestran cómo algunas personas desarrollarán obesidad mientras que otras estarán protegidas”.

Clasificar la obesidad como una enfermedad crónica permitiría crear políticas formales de atención médica para mejorar la atención primaria y secundaria, y para que se implementen medidas preventivas significativas. La universidad también pidió un cambio en el discurso público sobre la obesidad, para que haya una mayor empatía con los afectados que con la culpa. Las cifras de Public Health England muestran que la prevalencia de la obesidad entre los adultos

casi se ha duplicado en poco más de una década, de un 14,9% en 1993 a un 26,9% en 2015.

En definitiva, estos anuncios y declaraciones por parte del cuerpo médico independiente británico son una señal clara de que se está desarrollando entre los profesionales médicos y los pacientes en el Reino Unido un conjunto de actuaciones para lograr reconocer la obesidad como una enfermedad. Si se produjese, este reconocimiento a nivel gubernamental podría abrir las puertas a un cambio importante en la forma en que se trata a los pacientes con obesidad en este país y, el Reino Unido se convertiría en un país innovador para el tratamiento de esta patología en el mundo occidental, sentando el ejemplo para que otros países revisen su propio enfoque.

En cambio, entre los argumentos en contra del reconocimiento de la obesidad como enfermedad, más que datos epidemiológicos, se pueden citar diversas opiniones procedentes de especialistas de prestigio. Así, por ejemplo, tras el reconocimiento de la enfermedad en Estados Unidos, el doctor David Katz, director del Centro Universitario de Prevención e Investigación de la Universidad de Yale, sostuvo que mayoritariamente la obesidad es una respuesta fisiológica, y por consiguiente normal y esperable, al exceso alimentario facilitado por el entorno de superabundancia y limitador de la realización de actividad física presente en los países desarrollados. En ese sentido, la obesidad no debería ser considerada una enfermedad sino un problema derivado de la adopción de hábitos de vida no saludables. El doctor, por supuesto, defiende que las personas que llegan a esta situación deben recibir atención médica, pero no abogaría por la catalogación de esta patología como una enfermedad porque, en su opinión, es más un trastorno que se desarrolla debido a la permanencia en un entorno perjudicial durante más tiempo del que sería recomendable. Desde esta perspectiva, la obesidad, en cierto modo, se podría entender como similar a las consecuencias del tabaquismo u otros trastornos que son auto provocados.

La decisión adoptada por la American Medical Association (AMA) fue vista por algunos como una medida que “convirtió de la noche a la mañana en enferma” aun tercio de la población estadounidense, lo cual no fue asimilado por muchos. Así, en aquel momento, Lesely Kinzel, editora del sitio de Internet XOJane.com relacionada con el cuidado del cuerpo y la prevención del sobrepeso señaló que la gente no estaba contenta respecto de esta decisión. Los argumentos de Kinzel hacían referencia a la confusión que podría producir el ser clasificado como enfermo obeso acerca de otros problemas de salud. La autora señaló

que muchas personas con sobrepeso ya tenían problemas para ser atendidas adecuadamente porque sus enfermedades siempre eran vistas como una extensión del sobrepeso y no como problemas independientes. Por consiguiente, la máxima preocupación de Kinzel fue que los pacientes no fuesen debidamente escuchados, o que los médicos estuviesen menos predispuestos a escucharlos debido a su clasificación como enfermos de obesidad. Las redes sociales también acogieron el eco popular al hacerse viral en Twitter el hashtag #IAmNotA-Disease (no soy una enfermedad) que expresaba el sentir de muchas personas consternadas de una forma u otra por la decisión.

Otras voces, como la de Judy Gaman, consultora de salud y bienestar de Executive Medicine de Texas, destacaron un aspecto interesante del problema como es el de las consecuencias que puede tener desde la responsabilidad personal el clasificar a la obesidad como una enfermedad. En este apartado surgieron preguntas como las siguientes: ¿aumentarán las bajas laborales justificadas por padecimiento de obesidad? ¿si un restaurante ofrece un menú calórico, abre esto la puerta a que pueda ser demandado? ¿qué puertas está abriendo el reconocimiento de la obesidad como enfermedad en el terreno de la responsabilidad personal?

Otros especialistas argumentan que catalogar a la obesidad como enfermedad podría ser contraproducente porque podría alentar su perpetuación en lugar de su reducción. Los defensores de esta corriente señalan que, al catalogar la obesidad como enfermedad, las personas diagnosticadas podrían utilizar su estado como excusa para seguir desarrollando el mismo tipo de conductas que las condujeron a esta situación argumentando que lo que les sucede no está bajo su control. De nuevo, independientemente de esta argumentación, las personas que padecen obesidad necesitan tratamiento y, en esta línea argumental, el de tipo preventivo se consideraría como uno de los más recomendables y efectivos (3).

Desde el punto de vista clínico, se utiliza con gran profusión el argumento de que el índice de masa corporal (IMC) no es un indicador fiable de salud porque no es un indicador directo de la obesidad corporal ni tampoco refleja directamente el estado de salud, a lo cual hay que añadir que no tiene ninguna sensibilidad para la detección de patologías concomitantes que se pueden presentar como la diabetes tipo 2.

En resumen, el debate gira en torno a un conjunto de tópicos que se resumen en la Tabla 47 y que se identifican en casi todos los discursos sobre este tema desde hace años entre los especialistas, los afectados y todo tipo de agentes que tienen alguna relación con la gestión de esta problemática.

5. La obesidad y la controversia en torno a su reconocimiento como enfermedad

Tabla 47. Resumen de argumentos principales a favor y en contra de declarar la obesidad una enfermedad en los países en que todavía no se ha tomado esta decisión

Argumentos a favor	Argumentos en contra
La obesidad, al igual que otras enfermedades, resulta en un funcionamiento deficiente del cuerpo . Las personas obesas presentan un exceso de tejido adiposo que causa una sobreproducción de ciertas moléculas y mediadores del cuerpo, lo cual conduce a una regulación anormal de la ingesta y el gasto de energía	La obesidad no produce necesariamente un funcionamiento deficiente del cuerpo , como sí hacen las enfermedades clásicas (por ejemplo, la enfermedad cardiovascular). Muchas personas con un IMC en el rango de la obesidad no están afectadas físicamente y desarrollan una vida normal
La obesidad disminuye la expectativa de vida o puede ser causa de muerte, como otras enfermedades. La obesidad puede acortar la vida tres años, y la obesidad extrema hasta 10 años, tiempo comparable a la disminución de años de vida por fumar	A diferencia de otras enfermedades clásicas que siempre asocian morbilidad, existen individuos obesos que no siempre asocian comorbilidades ni presentan una esperanza de vida acortada
Algunos estudios muestran que la heredabilidad de la obesidad es similar a la de la altura . Por ello, la obesidad no siempre es el resultado de la falta de voluntad para realizar ejercicio o para comer menos, sino que puede estar genéticamente predeterminada	Algunos especialistas trasladan el padecimiento de la obesidad al plano de la responsabilidad personal , sin entrar en las consideraciones demonstradas de causas genéticas, o contemplándolas como marginales , argumentando que una gran proporción de personas que la desarrollan llegan a este estado por no racionalizar sus estilos de vida
Entidades gubernamentales incluidas la Food and Drug Administration (FDA), National Institutes of Health (NIH), y Internal Revenue Service (IRS) han afirmado que la obesidad es una enfermedad	La obesidad no presenta síntomas y signos característicos, un requisito de la definición de enfermedad . El único signo, el exceso de grasa, es la propia definición de obesidad
Las enfermedades poseen signos característicos, de acuerdo con las definiciones de los diccionarios generales y médicos. La obesidad tiene un signo característico -el exceso de grasa- que se mide por el IMC o el perímetro abdominal	La obesidad es un factor de riesgo prevenible para otras enfermedades , como fumar es un factor de riesgo evitable para cáncer de pulmón o beber alcohol un factor de riesgo evitable para dependencia de alcohol
La obesidad es un factor de riesgo para diabetes, hipertensión, algunos cánceres, y otras enfermedades. Otros factores de riesgo también se definen como enfermedades, como, por ejemplo, la hipertensión, porque es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular	
La obesidad no es un fenómeno reciente resultado del medio ambiente moderno . Desde al menos el siglo XVII hay médicos e instituciones que se han referido a la obesidad como una enfermedad	

Fuente: ProCon.org. <https://obesity.procon.org>, 2014

5.4. Algunos pronósticos sobre la evolución de los problemas asociados con la obesidad a medio plazo a nivel mundial y en España

La realidad actual de la obesidad es compleja. Nueve de cada diez países muestran situaciones denominadas de “doble carga”, que significa que personas con sobrepeso y desnutridas coexisten al mismo tiempo.

Así, aunque todos los países afrontan una carga elevada de morbilidad, en el caso de muchos países de ingresos bajos y medianos, la carga se está duplicando ya que, mientras hacen frente a los problemas de enfermedades infecciosas y de desnutrición, también están experimentando un rápido incremento de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, entre las cuales la obesidad y el sobrepeso comienzan a destacar significativamente y, especialmente, en los entornos urbanos (1). Como consecuencia, no es extraño ver informes acerca de países en que la desnutrición y la obesidad coexisten incluso a nivel de una misma comunidad y hogar.

Los analistas explican esta paradoja argumentando que, en países de ingresos bajos y medianos, la nutrición prenatal, del lactante y del niño pequeño no es lo adecuada que debería. Los niños están expuestos a la ingesta de alimentos de alto contenido calórico, ricos en grasa, azúcar y sal, que son pobres en micronutrientes. Estos alimentos son más baratos, pero tienen nutrientes de calidad inferior, por lo que su administración revertirá en un coste mayor a medio y largo plazo por los problemas que causará su consumo. A estos hábitos alimentarios hay que unir los problemas derivados del cada vez menor nivel de actividad física que dan lugar a un aumento drástico de la obesidad infantil mientras los problemas de la desnutrición siguen sin resolución generalizada. Los niños desnutridos también tienen más probabilidades de tener sobrepeso cuando crezcan, ya que su metabolismo se ralentiza y su cuerpo se aferra a las reservas de grasa. Esto significa que los gobiernos e instituciones que trabajan para paliar el hambre deben tener cuidado de que las políticas dirigidas a combatir el hambre no aumenten accidentalmente el problema de la sobrealimentación.

Por consiguiente, el problema de la doble carga se vislumbra como uno de los objetos de atención a corto plazo por parte de los expertos, porque se presenta no sólo dentro de una misma comunidad, sino también dentro de las propias unidades familiares e incluso a nivel personal, pues una persona puede tener sobrepeso, pero carecer de nutrientes vitales. Asimismo, también existe un fenómeno denominado de “grasa delgada”, que se da en personas que parecen

tener un peso saludable, pero que, en realidad, tienen grandes cantidades de grasa oculta. Por el momento, las zonas más afectadas por estas paradojas se localizan en el África subsahariana y en América Latina, pero hay casos en todo el mundo.

Los cambios en el estilo de vida son en parte responsables de esta doble carga de obesidad y desnutrición. Así, en diversos países de ingresos medios y bajos, como India y Brasil, está emergiendo una nueva clase media con más dinero. A raíz de este tipo de hechos, muchas personas comienzan a cambiar sus alimentos tradicionales pasando a ingerir una gran cantidad de productos occidentales altos en azúcares, grasas y carne, siguiendo la misma senda que las poblaciones de los países desarrollados, pero a un ritmo rápido. En algunos países esto también ha ocurrido a medida que las personas han emigrado del campo a las ciudades, donde hay mucha más variedad de alimentos y también un número mayor de los que son menos saludables. Entre los informes que ponen este caso en evidencia, un estudio de niños pequeños en China reveló que las tasas de obesidad en el campo eran del 10%, mientras que la tasa de desnutrición era del 21%. En las ciudades, el 17% de los niños eran obesos, mientras que el 14% estaban desnutridos.

Mientras las tasas de obesidad de los países en vías de desarrollo siguen avanzando, en el ámbito desarrollado se ha asistido a duplicaciones y triplicaciones de las tasas de obesidad en los últimos 40 años. Por ello, actualmente, a nivel mundial, se estima que más de 600 millones de adultos son obesos, mientras que 1.900 millones tienen sobrepeso.

En general, la disponibilidad sin precedentes de alimentos poco saludables, los empleos de oficina, la expansión de los medios de transporte y el uso de la televisión y medios de entretenimiento sedentarios, se incluyen entre las causas principales que afrontan todos los países desarrollados como promotoras de la obesidad.

En el caso de España, los pronósticos de evolución del sobrepeso y la obesidad más recientes se basan en un reciente estudio (publicado en 2018) realizado por investigadores de las siguientes instituciones:

- Grupo de Investigación en Riesgo Cardiovascular, Nutrición y Envejecimiento, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

- Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ram3n Llull, Barcelona, Espa3a
- CIBER de Fisiopatolog3a de la Obesidad y Nutrici3n (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Espa3a
- Grupo de Investigaci3n en Riesgo Cardiovascular y Nutrici3n-REGICOR, Institut Hospital del Mar d'Investigacions M3diques (IMIM), Barcelona, Espa3a
- Programa de Doctorado en Alimentaci3n y Nutrici3n, Facultat de Farm3cia, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espa3a
- Grupo de investigaci3n REGICOR, Institut Hospital del Mar d'Investigacions M3diques (IMIM), Barcelona, Espa3a
- CIBER de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Espa3a
- Servicio de Endocrinolog3a, Hospital del Mar, Barcelona, Espa3a
- Departamento de Medicina, Universitat Aut3noma de Barcelona, Barcelona, Espa3a
- CIBER de Epidemiolog3a y Salud P3blica (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Espa3a
- Unidad de L3pidos y Arteriosclerosis, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, IIS Arag3n, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, Espa3a
- Departamento de Bioqu3mica y Biomedicina Molecular, Institut de Biomedicina IBUB, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espa3a

Ante la evidencia de que el exceso de peso potencia algunas enfermedades cr3nicas y reduce la calidad de vida, y dado que su prevalencia est3 creciendo todo el mundo, este grupo investigador se fij3 el objetivo de estimar la evoluci3n del exceso de peso entre 1987 y 2014 en la poblaci3n espa3ola adulta, calculando los casos de exceso de peso y sus sobrecostos m3dicos directos en 2006 y 2016, y proyectar su tendencia a 2030 (41).

Para ello, los investigadores adoptaron como metodolog3a la selecci3n de 47 art3culos tras una b3squeda bibliogr3fica sistem3tica para determinar la progresi3n de las prevalencias de sobrepeso, obesidad y obesidad m3rbida y del 3ndice de masa corporal promedio entre 1987 y 2014. Con estos datos, estimaron el n3mero de casos en adultos espa3oles en 2006, 2016 y 2030 y sus sobrecostos directos. La muestra proporcionada por el an3lisis de la informaci3n fue de 300.000 personas que aportaron datos desde 1987 hasta 2014 (41).

En términos de costes, si el sobrecoste actual para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que generan los problemas de salud relacionados con la obesidad alcanza ya los 2.000 millones de euros, para 2030, se estima que podría superar los 3.000 millones (41).

Los resultados del estudio pusieron de manifiesto que, entre 1987 y 2014, las prevalencias de sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida aumentaron el 0,28%/año ($p=0,004$), el 0,50%/año ($p<0,001$) y el 0,030%/año ($p=0,006$) en los varones y el 0,10%/año ($p=0,123$), el 0,25%/año ($p=0,078$) y el 0,042%/año ($p=0,251$) en las mujeres. El índice de masa corporal aumentó 0,10 puntos/año en varones ($p<0,001$) y 0,26 en mujeres (significativamente solo entre 1987-2002, $p<0,001$). Se estimaron 23.500.000 casos de exceso de peso en 2016, cuyo sobrecoste médico directo supuso 1.950.000.000 euros/año (41).

A la vista de los resultados, los autores pronosticaron que, de mantenerse la tendencia, entre 2016 y 2030 aparecerán 3.100.000 nuevos casos de exceso de peso, y se alcanzará en 2030 un sobrecoste médico directo de unos 3.000.000.000 euros/año. Por todo ello, los autores concluyeron que el exceso de peso en los adultos en España aumenta desde que existen registros, y que en 2016 supuso un sobrecoste directo del 2% del presupuesto sanitario. Con esta tendencia, en 2030 se habrá incrementado un 16% el número de casos y un 58% su sobrecoste sanitario directo (41).

El estudio de este grupo multidisciplinar fue publicado en forma de artículo científico en la Revista de Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en 2018 y ha tenido una amplia difusión en los medios de comunicación que han destacado como advertencia principal que para 2030 el exceso de peso afectará a más de 27 millones de personas. Asimismo, los medios han detallado que la obesidad afectará más a los hombres (del orden de un 80% estarán afectados) que a las mujeres (alrededor de un 55% estarán afectadas).

Esta evolución del problema se debe a que, al igual que en muchos países desarrollados, el crecimiento económico en España y la implementación a gran escala del uso de tecnologías digitales como sustituto del trabajo físico en múltiples sectores, ha propiciado la adopción de un estilo de vida marcado por los horarios laborales para una gran parte de la población. En consecuencia, los hábitos alimentarios han cambiado para muchas personas, que basan su alimentación ahora en comidas ya preparadas, industrializadas y menos saludables. El consumo racional de fruta, verdura, legumbres y productos frescos es menor y

la nutrición se resiente. A ello, se une la falta de actividad física en una elevada proporción, todo lo cual está creando un escenario favorable a la adquisición de sobrepeso, antesala de la obesidad. Por lo tanto, en general, se advierte que, a mayor poder adquisitivo de la población, mayor probabilidad de adopción de hábitos menos tradicionales de alimentación y ejercicio y, por consiguiente, de poder desarrollar sobrepeso y obesidad.

5.5. Soluciones que se barajan y en el plano internacional y en España en función de la situación actual y evolución pronosticada de la obesidad

5.5.1. Información relevante en el plano internacional

Como se ha podido ver en las secciones previas, el problema del avance de la obesidad es un hecho incontestable en este momento. Frenar este avance y revertir la situación es un reto que tiene que afrontar el mundo en conjunto y cada país en particular en función de las características y peculiaridades de su caso.

Para Estados Unidos, por ejemplo, una de las medidas más importantes para tratar de contener este avance ha sido la de declarar la obesidad como enfermedad, no sólo abriendo la puerta hacia una mejor atención de los que la padecen, sino abriendo también la puerta a la inversión de más recursos en la formación de especialistas, en la investigación, en el diseño de programas y campañas de concienciación y en el desarrollo de legislación para el control de factores que inciden negativamente en este sensible apartado. Sin embargo, en un país con una tasa de personas consumidoras de alimentación no saludable tan elevada y en que los estilos de vida promotores del sobrepeso están muy arraigados, todo apunta a que revertir la situación llevará tiempo y cambios que no siempre las empresas relacionadas con la alimentación (incluyendo las que publicitan alimentos no saludables) van a aceptar. El pronóstico es reservado a corto plazo.

Por otro lado, en el caso de los países en vías de desarrollo, la solución de la doble carga explicada en el apartado anterior es complicada. La posible solución no pasa únicamente porque la población tenga acceso a alimentos saludables, sino que hay que tener en cuenta el trasfondo cultural de cada país y sus tradiciones. Así, no hay dos personas o culturas que vean la nutrición de la misma manera. Las personas eligen los alimentos bajo la influencia de muchos factores tales como su coste, disponibilidad local, su educación o nivel de conocimiento acerca de lo que se entiende por alimentación saludable y la dieta y hábitos de las personas que les rodean. A todo ello hay que añadir que las necesidades

nutricionales de cada persona son diferentes, ya que dependen en parte de su metabolismo y su estado de salud. Por consiguiente, la doble carga de obesidad y desnutrición puede ser peligrosa y de alto impacto en determinados países. Los niños que crecen desnutridos suelen arrojar peores resultados en la escuela y, por consiguiente, tener menos accesibilidad a empleos bien remunerados en el futuro, por un lado, y la obesidad infantil conduce a desarrollar una peor salud en la edad adulta, lo cual aumenta el riesgo de enfermedades concomitantes como la diabetes o el cáncer, por el otro lado. En definitiva, un círculo vicioso nada deseable que requiere muchas contramedidas y no siempre fáciles de diseñar.

Sin embargo, no hay duda de que hay que actuar. En los países en vías de desarrollo, es probable que los problemas como la diabetes y las enfermedades cardíacas se disparen a medida que aumenten las tasas de obesidad. Sudamérica, donde muchos países sufren esta doble carga, está liderando el camino. Brasil fue el primer país en adherirse a la Década de Acción sobre Nutrición de la ONU. Entre los compromisos que se han tomado, está el de reducir el consumo de bebidas azucaradas en un 30% y el de aumentar el de frutas y verduras en un 18% para detener el aumento de la obesidad. Su objetivo es lograrlo con políticas tales como microcréditos para los agricultores, reducir los impuestos sobre ciertos alimentos frescos y educar a los niños sobre la importancia de la nutrición. Por otro lado, México fue el primer país en implementar un impuesto al azúcar del 10% para las bebidas endulzadas artificialmente en 2014. Se prevé que este impuesto reducirá las tasas de obesidad en un 12,5% en 12 años. Pero se necesita mucho más para detener esta crisis mundial de nutrición.

Desde una óptica más global, las recomendaciones generales de la OMS (Organización Mundial de la Salud), dirigidas a la población, para combatir la obesidad se basan en la alimentación y el ejercicio físico diario:

- Aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos
- Reducir la ingesta total de grasas y sustituir las saturadas por insaturadas
- Reducir la ingesta de azúcares
- Mantener la actividad física, con un mínimo de 60 minutos al día (intensidad dependiente de la fase de desarrollo)

Asimismo, la OMS insta a los Estados Miembros a que establezcan medidas para fomentar una dieta equilibrada y hábitos de vida saludables. En concreto, en 2016, la Comisión para acabar con la obesidad infantil publicó un informe en el que se proponen recomendaciones clave para combatir la obesidad infantil al tiempo que hace un llamamiento a los gobiernos para que tomen cartas en el asunto. Las acciones se resumen en la Figura 31.

Figura 31. Recomendaciones clave para combatir la obesidad infantil (OMS, 2016)



Fuente: Informe de la OMS, “Acabar con la obesidad infantil”. 2016

En cuanto a la promoción del consumo de alimentos saludables, La OMS ha definido 9 iniciativas entre las cuales se encuentran:

- El establecimiento de impuestos eficaces sobre las bebidas azucaradas
- La aplicación de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas malsanos
- Poner en marcha un etiquetado en el frente del envase acompañado de formación para que tanto adultos como niños tengan conocimientos en materia de nutrición
- Exigir en entornos como escuelas y lugares frecuentados por niños, ambientes de alimentación sanos

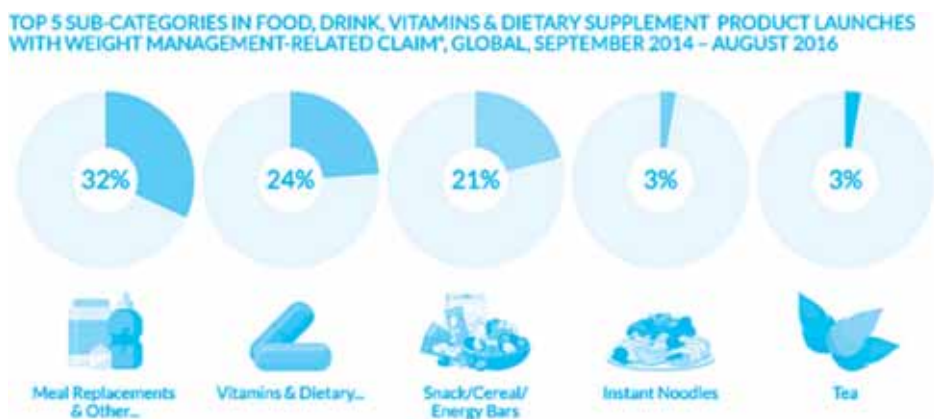
Algunos países ya han adoptado algunas de ellas y otras, como el establecimiento de impuestos están en estudio y fase de implementación en muchos otros. Pero esta medida no está entre las más populares por parte de los productores, por lo que, en Europa, por ejemplo, se ha dado impulso a la reformulación de productos en los últimos años para hacer más fácil que los consumidores lleven a cabo la elección más saludable entre los ofrecidos. Asimismo, recientemente, los Estados Miembros acordaron una Hoja de ruta para la acción para la mejora de los productos alimenticios con el fin de acelerar compromisos y ampliar la oferta de alimentos y bebidas reformulados más saludables.

Muchos consumidores muestran interés por el control y la pérdida de peso debido a las campañas de información sobre la evolución de la obesidad en el mundo. Dicho interés se manifiesta en las búsquedas de información acerca de dietas específicas para bajar de peso como son las dietas sin arroz, la de la alcachofa, la dieta “sirtfood” y muchas otras. Las empresas alimentarias tienen en cuenta al diseñar un producto o comercializar el mismo que los consumidores siguen las dietas o los productos que consumen los amigos o influenciadores.

Entre los productos diseñados para perder peso se encuentran alimentos con pocas calorías y capacidad saciante que consiguen disminuir la ingesta de calorías a lo largo del día, así como los sustitutos de comidas. Por eso, otra estrategia que ha venido incrementando su presencia en el mercado es la referente a la oferta de este tipo de productos. Según MINTEL, la agencia de inteligencia de mercado líder en el mundo, las categorías de productos lanzados al mercado con alegaciones relativas a la pérdida o control de peso son, principalmente, productos sustitutivos de las comidas, complementos vitamí-

nicos y dietéticos, así como snacks con un contenido calórico reducido, pasta y té. Las cifras referentes a estos productos aportadas por MINTEL se reflejan en la Figura 32.

Figura 32. Principales cinco categorías de productos alimenticios que se distinguen en su publicidad como relacionadas con el control de peso según MINTEL



Fuente: MINTEL GNPD *Weight management-related claims include slimming and high satiety claims”

En lo referente a snacks, se ha producido un incremento en el lanzamiento de productos “on-the-go” con frutas y hortalizas. Los snacks con un efecto saciante están ganando popularidad. Según MINTEL, entre septiembre de 2012 y agosto de 2016, la categoría de snacks supuso el 25% de los productos lanzados al mercado con el reclamo de saciante. Por otro lado, el análisis de MINTEL sobre las alegaciones que aparecen en bebidas acerca del control de peso muestra que el 80% de los productos lanzados desde 2014 dicen ser adelgazantes. En cuanto a los ingredientes, el 32% de los productos tienen elevado contenido proteico y el 21% alegan tener alto contenido en fibra. El uso de proteínas y fibra en los productos para controlar el peso está muy extendido dada su capacidad saciante. Como el consumidor reconoce la capacidad de las proteínas para inducir la saciedad, además de otras virtudes, MINTEL advierte de que es un aspecto importante tenido en cuenta por la industria alimentaria en la formulación de productos dirigidos a personas que deseen o necesiten reducir peso. Las proteínas que más se suelen emplear en bebidas son las lácteas.

En cuanto a la reducción de la ingesta de azúcares, es evidente que existe una preocupación por parte de los distintos agentes de la cadena de producción y de vigilancia del peso por la reducción en el consumo de azúcares añadidos. En este apartado, una alternativa al azúcar añadido en los productos lácteos es el uso de la enzima lactasa. Ésta es capaz de hidrolizar la lactosa en sus dos monosacáridos, glucosa y galactosa, aumentando así el índice edulcorante sin que ello suponga un incremento en la cantidad total de azúcar ni en las calorías. De esta forma, el uso de lactasa puede reducir el contenido de azúcares añadidos; por ejemplo, para un yogur modificado con lactasa sería suficiente añadir entre el 5 o 6% de azúcar, mientras que, si no está tratado, los porcentajes son entre 7 y 7.5% para conseguir el mismo índice de dulzura.

A lo anterior hay que añadir, otra estrategia implantada en muchos países, y desde hace algunos años promovida por la Comisión Europea, como es la de mejorar el etiquetado de los productos. El etiquetado es la vía de comunicación entre fabricante y consumidor final por lo que es necesario cuidar la información que se plasma y hacerla comprensible para éste. La UE aprobó hace unos años el Reglamento (UE) 1169/2011 relativo al etiquetado nutricional, por el que se estableció la obligatoriedad de incluir la tabla de información nutricional del alimento el valor energético del producto expresado en KJ/Kcal; el contenido en grasas expresado en gramos, distinguiendo la parte que corresponde a grasas saturadas; el contenido en hidratos de carbono expresado en gramos, distinguiendo la parte correspondiente a azúcares; el contenido en proteínas y el contenido en sal, ambos expresados en gramos.

En el apartado de etiquetado, en Estados Unidos, la FDA (Food and Drug Administration) decidió cambiar el etiquetado nutricional de los alimentos (con entrada en vigor en 2018). Así, desde el punto de vista de la grasa, se eliminó la información relativa a la cantidad de calorías aportadas por las grasas al considerarse más importante el tipo de grasa que se consume que no la energía que aporta. Uno de los cambios más importantes fue la inclusión de los azúcares añadidos, tanto en gramos como en porcentaje de la cantidad diaria recomendada.

En el marco de la UE, se ha dado impulso al código de etiquetado Nutri-Score, adoptado por Francia, Bélgica, Portugal y en fase de implementación en España. El Etiquetado Nutricional Frontal, también denominado Front-of-Pack, o FOP, consiste en pasar lo más interesante de los valores nutricionales al frente del producto, en vez de dejarlos solo en el dorso del envase. Para que sea más

sencillo se opta por “traducir” estos valores a una escala de color y una puntuación en letras. El desarrollo del modelo en que se sustenta este código se llevó a cabo en la Universidad de Oxford y su algoritmo se muestra en la Figura 33. Francia adoptó el código resultante de este modelo en su Ley de Salud del año 2017 y otros países están siguiendo el ejemplo. El código, actualmente, recibe varios nombres (Nutri-Score, logotipo 5 colores o 5C), pero la idea que subyace al nombre es simple: traducir las complejas tablas de información nutricional en un logotipo simple, visible e intuitivo.

De nuevo en el marco de la UE, recientemente, se publicó el Reglamento (UE) 2016/1413 de la Comisión por el que se estableció una lista de declaraciones autorizadas de propiedades saludables. En este apartado, se autorizaron dos declaraciones de sustitutivos de una comida para el control del peso, que son las siguientes:

- “La sustitución de una comida al día por un sustituto de la comida en una dieta baja en calorías contribuye a mantener el peso después de la pérdida de peso”.
- “La sustitución de dos de las comidas principales del día por un sustituto en una dieta baja en calorías ayuda a perder peso”.

Ambas se aprobaron pudiendo ser empleadas siempre que cumplan: un valor energético entre 200 y 250 kcal; un valor energético aportado por la grasa inferior al 30%; que las proteínas, aporten entre un 25% y un 50% y que las vitaminas y minerales supongan como mínimo un 30% de las cantidades de los valores de referencia de nutrientes de vitaminas y minerales por comida.

Figura 33. Descripción del algoritmo de funcionamiento del código Nutri-Score



Fuente: Algoritmo NutriScore - Galán y colaboradores (2017)

Desde una perspectiva global, los organismos que están actuando como prescriptores para hacer recomendaciones a todos los habitantes del mundo son la ONU y la OMS. Sus mensajes se dirigen a todos y desde diversos planos.

En el plano individual, estas organizaciones alientan a las personas para que opten por limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares, aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos y realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

De esta forma, señalan que el problema es también de responsabilidad individual y que reducirlo o erradicarlo, depende en gran medida de que las personas

tengan acceso y adopten un modo de vida sano. Por consiguiente, advierten de que, en el plano social, es importante ayudar a las personas a seguir las recomendaciones mencionadas, mediante la ejecución sostenida de políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica se lleve a cabo y que las opciones alimentarias más saludables estén disponibles, sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres.

También en el plano individual, pero en referencia específica a los mayores de 60 años, los organismos señalan que, aunque cualquier actividad física que mantenga a un adulto mayor con buena salud, le divierta y le motive, va a resultar beneficiosa, ciertos tipos de ejercicios son más recomendables cuando superamos esa edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que este grupo poblacional debe realizar alrededor de 150 minutos semanales en total de actividad aeróbica moderada, o 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa (teniendo en cuenta la capacidad y estado físico de cada uno), o bien la combinación equivalente de ambas. Para mayor beneficio se podría llegar a 300 y 150 minutos, respectivamente, incluyendo, dos o tres veces por semana, actividades que fortalezcan el aparato locomotor, y tres veces por semana actividades para mejorar el equilibrio y la flexibilidad.

Por tanto, no hay que limitarse a realizar ejercicios cardiovasculares, como andar, trotar o nadar, porque, aunque estos son muy beneficiosos para los mayores, es necesario realizar trabajo de fuerza para evitar la pérdida de tejido muscular propia del envejecimiento, así como de la masa ósea, y también son importantes los ejercicios de equilibrio y flexibilidad para evitar las caídas y mantener las capacidades que permiten ser independiente.

En el plano de la industria alimentaria, señalan que las empresas pueden desempeñar un papel importante en la promoción de dietas sanas reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados; asegurando que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y sean asequibles para todos los consumidores; limitando la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas, sobre todo los alimentos destinados a los niños y los adolescentes; garantizando la disponibilidad de opciones alimentarias saludables y apoyando la práctica de actividades físicas periódicas en el lugar de trabajo.

En la “Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud”, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, se describen

todas estas y el resto de las medidas necesarias para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica. En la Estrategia se exhorta a todas las partes interesadas a que adopten medidas a nivel mundial, regional y local para mejorar las dietas y los hábitos de actividad física en la población.

Asimismo, en la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, de septiembre de 2011, se reconoce la importancia crucial de reducir la dieta malsana y la inactividad física. En dicha Declaración se asume el compromiso de promover la aplicación de la “Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud”, entre otros medios, según proceda, introduciendo políticas y medidas encaminadas a promover dietas sanas y a aumentar la actividad física de toda la población.

Más recientemente, la OMS creó el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que tiene por objeto cumplir los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles, que recibió el respaldo de los Jefes de Estado y de Gobierno en septiembre de 2011. El Plan de acción mundial contribuirá a realizar avances en nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles que deben alcanzarse no más tarde de 2025, incluidas una reducción relativa del 25% en la mortalidad prematura a causa de dichas enfermedades para 2025 y una detención del aumento de la obesidad mundial para coincidir con las tasas de 2010.

La Asamblea Mundial de la Salud acogió con satisfacción el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil (2016) y sus seis recomendaciones a fin de dar respuesta al entorno obeso génico y los periodos cruciales en el ciclo de vida de manera que se combatiera la obesidad infantil. La Asamblea Mundial de la Salud de 2017 acogió favorablemente el plan de aplicación destinado a orientar a los países en la puesta en práctica de las recomendaciones de la Comisión.

Estas son algunas de las líneas que se están siguiendo para combatir la obesidad en el ámbito internacional. Sin embargo, el problema avanza rápidamente y va a ser necesario considerar muchas otras alternativas, proceso en el cual, la innovación va a tener mucho que decir.

Así, por ejemplo, las empresas de la industria alimentaria intensificarán sus esfuerzos por entender al consumidor de la nueva era, sus preferencias acordes

con los cambios en los estilos de vida y diseñarán (ya lo están haciendo en muchos casos) productos con bajo contenido en grasas saturadas y azúcares añadidos, pero al mismo tiempo, tratando de que no supongan una renuncia al placer. También aumentará la reformulación de productos con ingredientes saciantes que ayuden a ingerir menos calorías diarias. El reto que tienen planteado las empresas del sector es el de producir alimentos saludables, pero en línea con lo que demandan los consumidores.

El *marketing* que acompaña a estos productos trabajará aspectos de concienciación y de promoción de vida saludable. Muchas marcas ya han comprendido esta realidad insertando mensajes acerca de bienestar, cuidado personal, prolongación de la vida, volver a la naturaleza y muchos otros que refuerzan la idea de que el sobrepeso nos puede limitar y apartar de una vida confortable. La promoción de la vida saludable y la educación del consumidor se debe abordar desde múltiples perspectivas y medios y la imaginación para hacerlo va a marcar diferencias: los que sepan poner en valor estas estrategias son los que mejor sobrevivirán en el mercado a medio plazo.

5.5.2. Información relevante en el caso de España

En España, tanto la administración pública como los fabricantes de alimentos y bebidas, y muchos otros agentes involucrados con el crecimiento del problema del sobrepeso y la obesidad están sensibilizados con el escenario que se avecina desde hace años y han propuesto y adoptado medidas como las que se resumen a continuación.

La Estrategia NAOS, acrónimo que corresponde a las iniciales de Nutrición, Actividad física, prevención de la Obesidad y Salud, fue una de las primeras respuestas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España frente a las ascendentes cifras de obesidad que se registran en nuestro país. Coordinada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) la Estrategia NAOS tiene como objetivos sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y reunir e impulsar aquellas iniciativas, tanto públicas como privadas, que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y jóvenes, adopten hábitos saludables a lo largo de toda la vida (35).

La Estrategia NAOS lleva desde 2005 desarrollando acciones diversas para proteger la salud de la población en base a evidencias científicas y promoviendo,

entre otras, la reformulación de productos. Dentro de este grupo de agencias, la AECOSAN (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición), pertenece al Grupo de Alto Nivel de la Comisión Europea que es el organismo focalizado en la reformulación de productos alimentarios para combatir la obesidad. De este organismo han surgido un conjunto de recomendaciones para reducir el contenido en sal, grasas saturadas y azúcares añadidos.

Dentro de la estrategia NAOS, se contempló la creación de un Observatorio de la Obesidad que cuantificase y analizase periódicamente la prevalencia de la obesidad en la población española y que midiese los progresos obtenidos en la prevención de esta enfermedad. Esta medida se plasmó en la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición estableciendo en su artículo 38 que se había de establecer un Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, con el objetivo principal de “promover el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, basadas en el adecuado conocimiento de la situación existente y en la mejor evidencia científica”. El Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad se creó efectivamente por Acuerdo del Consejo de Ministros, el 18 de enero de 2013, como un órgano colegiado adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN).

El observatorio viene constituyendo un sistema de información para conocer la situación nutricional y la evolución de la obesidad de la población española y como plataforma de encuentro entre todos los agentes implicados en las que convergen los objetivos de la Estrategia NAOS. El Observatorio está compuesto por una Presidencia, una Vicepresidencia, a cargo de la Dirección Ejecutiva de la AECOSAN, unas Vocalías compuestas por representantes de la propia AECOSAN, CC.AA., otros Ministerios, sociedades científicas, consejos de colegios profesionales, asociaciones y federaciones españolas de distintos ámbitos relacionados con la nutrición y la prevención de la obesidad y, finalmente, la Secretaría, que recae en la AECOSAN. Desde el año 2011, el Observatorio ha producido múltiples publicaciones y productos de información en torno a la obesidad en nuestro país, si bien, ha adolecido de un impulso regular en cuanto a recursos para la continuidad de los estudios basados en encuestas, por lo que, en el momento presente, ante la situación de la obesidad, sería importante dotarlo de más recursos e infraestructura.

Si bien es cierto que la estrategia NAOS ha generado valor añadido desde su desarrollo en 1995, principalmente en la ubicación de la obesidad y sobrepeso

como un problema de salud prioritario (51), existe literatura que advierte sobre la vulnerabilidad que sufre el regulador a ser capturado por los intereses de la industria alimentaria (52). La principal crítica a esta estrategia parte de su naturaleza regulatoria poco estricta, especialmente en la publicidad de los alimentos, donde priman convenios voluntarios y acuerdos de autorregulación.

En España, también hay que mencionar la campaña que promovió en 2016 el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, campaña que se denominó “Mediterraneamos 2016”, cuyo objetivo era el promocionar la dieta mediterránea y favorecer los hábitos de vida saludables entre los alumnos de Primaria y Secundaria de nuestros centros escolares.

A todo lo anterior, hay que añadir que todas las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas han desarrollado programas, proyectos legislativos y campañas para fomentar la vida saludable de los ciudadanos y contribuir al freno de la obesidad. Todas ellas están alineadas con las recomendaciones de la OMS y de la Comisión Europea. Los mensajes y recomendaciones sobre pautas a seguir están en línea con los vistos en el ámbito global:

- Control de peso mediante el consumo de alimentos más sanos.
- Limitar el consumo de alimentos que sean ricos en azúcares y grasas.
- Seleccionar productos mirando la etiqueta informativa de sus componentes.
- Tener presente que algunos productos tienen aspectos positivos junto a otros que no lo son tanto (por ejemplo, algunos cereales son ricos en fibra, pero también en azúcares).
- En el ámbito escolar, fomentar los menús saludables en los comedores escolares y promover entre los menores la necesidad de realizar cinco horas semanales de ejercicio físico.
- Comer varias veces al día fruta y verdura, así como legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Realizar actividad física frecuente: unos 60 minutos por día para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos. En el caso de que haya un alto grado de obesidad, se recomienda comenzar por caminar 30 minutos al día a paso ligero.
- Dejar de fumar. Fumar está asociado con muchas enfermedades, pero también con el aumento de peso. A largo plazo será muy beneficioso para la salud.

- Es importante no obsesionarse, pero puede ayudar a controlar el peso el pesarse regularmente: una vez por semana es suficiente.
- Antes de tomar cualquier medida, es conveniente consultar al médico y a un nutricionista para asesorarse. A veces, este tipo de problemas no se solucionan sólo con un cambio de hábitos sino con terapias más específicas como la administración de medicamentos que tienden a limitar la absorción de grasas y a disminuir el apetito.

Desde un punto de vista práctico, los investigadores que han estudiado a fondo el problema de la expansión del sobrepeso y la obesidad en España como, por ejemplo, los firmantes del estudio publicado por la Revista de Cardiología mencionado en el apartado 5.4. (41), señalan múltiples beneficios que se pueden derivar de las actuaciones para frenar el avance de la obesidad. Así, para romper la tendencia creciente de la obesidad, apuntan que se pueden llevar a cabo acciones combinadas desde diversos frentes que pueden compensar sus efectos entre sí:

- Desde la fiscalidad: gravar con nuevos impuestos a los alimentos menos saludables y proteger a los que componen las dietas saludables.
- Desde la educación: promover la alimentación saludable e incrementar las actividades de ejercicio regular en las escuelas mediante fórmulas innovadoras y participativas.
- Desde la farmacología: avanzar en el diseño e implantación de tratamientos y estrategias farmacológicas cuando sea necesario.

Los investigadores insisten en que los planes de prevención de la obesidad podrían tener un fuerte impacto y ser muy rentables para el Estado ya que, si bajan las tasas de obesidad, puede esperarse paralelamente una reducción del número de casos de cáncer y de enfermedades cardiovasculares. En palabras del Dr. Jaume Marrugat, investigador principal del trabajo y director del Programa de Epidemiología y Salud Pública del IMIM, “el estudio ilustra con muy poco margen de error, la importancia de destinar cuanto antes el máximo de esfuerzos en revertir y prevenir las futuras recurrencias de la creciente epidemia de sobrepeso y obesidad en nuestra sociedad. Es la única manera de reducir los enormes costes sociales, sanitarios y económicos que emergerán los próximos años”. Promover intervenciones aparentemente pequeñas en el ámbito comunitario (alimentarias, de actividad física, conductuales, urbanísticas, específicas en población infantil y juvenil) pueden ser muy provechosas si se realizan de forma persistente y regular.

Desde el prisma de la farmacología, otro de los investigadores del mismo estudio, el doctor Goday, endocrinólogo del Hospital del Mar y miembro del CIBEROBN, explicó que “a escala individual, los tratamientos que permitan conseguir disminuciones moderadas de peso pueden modificar favorablemente las proyecciones del sobrepeso y la obesidad. Lo que hemos hecho en este estudio es cuantificar con cierta exactitud lo que representa ahora la obesidad en España, tanto en el número de personas que la padecen como en el gasto, las tendencias y los posibles escenarios de futuro. Esta imagen permite ver que, aunque actualmente estemos lejos de la solución deseada para el problema, las acciones coordinadas en diversos frentes podrían modificar favorablemente las proyecciones de la enfermedad y la carga económica en los próximos años”.

Desde la óptica de las políticas públicas y los compromisos gubernamentales adquiridos, el gobierno anterior reportó en el Congreso de los Diputados poco antes del cambio de gobierno y a través de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que en cuatro años (2013-2017 aproximadamente), se consiguió reducir un 3% la obesidad y el sobrepeso en la población infantil española. La ministra, relacionó esta reducción con el esfuerzo de toda la sociedad y las medidas impulsadas por el gobierno en esta etapa, que se concretaron en la implantación de un Plan de colaboración para la mejora de los alimentos y bebidas y otras medidas a aplicar entre 2017-2020, por el que, en los próximos años, más de 3.500 productos de la ‘cesta de la compra’ reducirán en un 10 por ciento el contenido de sal, azúcar y grasas saturadas.

El foco de este gobierno estaba centrado en los aspectos ya resaltados por los investigadores del estudio publicado en la Revista de Cardiología anteriormente mencionado, es decir, en promocionar la salud, prevenir enfermedades como el cáncer, las cardiopatías, la diabetes y, especialmente, las derivadas de la obesidad. La aplicación de este Plan estableció un antes y un después en España, según la entonces ministra, porque mejora la composición de los alimentos y bebidas, lo cual debía de resultar en una reducción de un 10 por ciento, por ejemplo, de los azúcares añadidos de los cereales que los niños y adolescentes pueden desayunar, el 10 por ciento en la sal que contienen los platos preparados que muchos ciudadanos comen cada día y un cinco por ciento en las grasas saturadas incluidas en productos como la bollería o la pastelería. Al cierre de su informe, la ministra señaló que, en concreto, se iban a reducir un 10 por ciento los azúcares añadidos

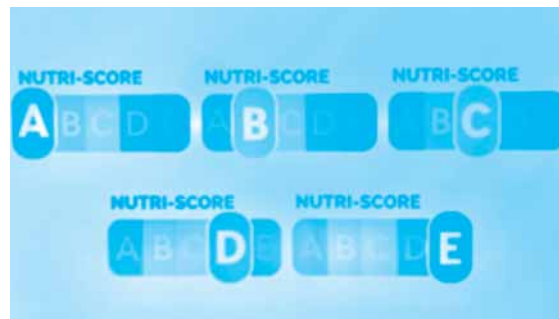
de los productos lácteos, derivados cárnicos, néctares de fruta, salsas, bebidas refrescantes lima-limón, cereales de desayuno infantil y chocolateados; un 18 por ciento de la mayonesa; y un 5 por ciento de la bollería y pastelería, galletas, helados infantiles a base de agua, pan especial envasada y salsa fina o 'kétchup'. Asimismo, por el lado de la sal, se iba a reducir un 16 por ciento en los derivados cárnicos y en la mayonesa; un 10 por ciento en los aperitivos salados, platos preparados y tomate frito; un 13,8 por ciento en patatas fritas; un 6,7 por ciento en las cremas de verdura; y un 5 por ciento en la salsa fina o kétchup. Las grasas saturadas se reducirían en un 10 por ciento en los aperitivos salados y "nuggets"; un 5 por ciento en galletas, bollería y repostería; y un 5 por ciento en los derivados cárnicos.

El Plan, abarcaba también empresas de catering, por lo que los menús ofrecidos en los colegios y en hospitales se preveían como más saludables, ya que aumentarían los platos cocinados a la plancha, se priorizarían las carnes magras frente a otras, se reducirían los productos precocinados o fritos y se ofrecerían más legumbres, pescados, verduras y frutas de temporada. Del mismo modo, el Plan abarcaba a los establecimientos, acerca de los cuales, el acuerdo estableció medidas como reducir el 50 por ciento el contenido de azúcar en sobres monodosis y un 33 por ciento en los de sal. Además, el sector de las máquinas de 'vending' se comprometió a adquirir sólo productos reformulados, aumentar del 30 al 50 por ciento la oferta de alimentos equilibrados y reducir el 15 por ciento la dosis máxima de azúcar añadido en máquinas calientes.

El Plan, en palabras de la entonces ministra, Dolors Montserrat, "supone una gran transformación en nuestra forma de comprar, alimentarnos y, sobre todo, de cuidarnos. Es una transformación de nuestra forma de entender la salud porque prevenimos la enfermedad con una dieta y ejercicio físico saludable, y es una transformación social porque nos enseña a cuidar nuestra salud, no como una opción sino como una responsabilidad".

Más recientemente, el Gobierno de Pedro Sánchez anunció en noviembre de 2018 toda una batería de medidas contra la obesidad (42). La medida más llamativa fue la implantación del etiquetado nutricional frontal en España, el denominado Nutri-Score (ver Figura 34) promovido desde la Comisión Europea. Se trata de un código gráfico parecido a un semáforo que servirá de referencia de la calidad nutricional de alimentos y bebidas en función de su azúcar, grasas saturadas, sal, calorías, fibra o proteínas.

Figura 34. Imagen que muestra el código Nutri-Score



Fuente: <https://www.xataka.com/medicina-y-salud>

Así, según explicó la ministra Carcedo cuando anunció esta medida, “Nutri-Score es un sistema de etiquetado que pretende dar información para que la ciudadanía pueda comparar con otros productos semejantes de forma sencilla y tomar una decisión informada y motivada para seguir una dieta más saludable”. No obstante, la medida suscitó una gran controversia, confusión y cruce de propuestas desde la industria alimentaria, ya que, al ser voluntaria la adopción del código, algunas multinacionales crearon códigos parecidos pero basados en diferentes premisas. Todo ello ha resultado en una implantación carente de cohesión y que todavía no está en condiciones de arrojar resultados de alto impacto en el comportamiento del consumidor.

Resumiendo, en la fase por la que está pasando en los dos últimos años la implantación de este etiquetado, se pueden destacar los siguientes puntos:

- Demanda de más información científica acerca de la efectividad del Nutri-Score por parte del colectivo de nutricionistas (la experiencia en Francia apunta hacia resultados positivos y ya se han publicado varios estudios que parecen demostrar este efecto en la conducta alimentaria, pero se demanda más información para España).
- Los nutricionistas españoles han defendido que el Nutri-Score se complementa con el etiquetado completo de las características del producto que tradicionalmente se coloca en la parte trasera de los envases.
- La configuración concreta del etiquetado será una decisión de las empresas dentro de una serie de normas establecidas oficialmente para la UE.

- Algunas multinacionales han implantado sus propias propuestas como, por ejemplo, la de Mondelez, Nestlé, Pepsico, Coca-Cola y Unilever, conocida como Evolved Nutrition Label (ENL) –o “sistema de etiquetado nutricional evolucionado”– que determina lo saludable que es un alimento en función de la ración de este que se recomienda consumir (ver Figura 35).
- Este tipo de propuesta ha sido criticado y no cuenta con el beneplácito de muchos organismos involucrados en los planes de contención a la obesidad y tampoco de otras multinacionales (como, por ejemplo, Mars). La principal crítica a este sistema arguye que calificar los alimentos en base a porciones variables en lugar de en base a 100 gramos es muy subjetivo pudiendo interpretarse que esta medida sólo busca reducir la presencia de colores de alerta o, en otras palabras, que casi ningún alimento lleve etiquetas rojas.

Figura 35. Aspecto de las etiquetas propuestas por el sistema Evolved Nutrition Label (ENL)



Fuente: <https://www.directoalpaladar.com/ingredientes-y-alimentos/nuevo-etiquetado>

- Por contraposición, bajo el sistema Nutri-Score los productos tienen una única calificación nutricional, aunque a muchas empresas alimentarias no les resulte favorable.
- Dentro de la fase de polémica, también se sumaron a la misma siete colegios de dietistas-nutricionistas de diferentes regiones españolas (Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Murcia y Comunidad Valenciana –que aseguraron representar al 80 % de la profesión–) y que defendieron la propuesta de Nutri-Score como la que permite clasificar los productos alimenticios en cinco categorías desde el punto de vista de calidad nutricional: A, B, C, D y E (5 colores) re-

presentados en forma de una cadena de círculos que van desde el color verde oscuro al rojo oscuro (de mejor a peor calidad nutricional). Bajo este sistema los productos tienen una única calificación nutricional, lo que, en teoría, hace más fácil a los consumidores tomar decisiones saludables.

- A esta propuesta se opusieron voces autorizadas recordando la falta de mayor evidencia científica acerca de la efectividad de este sistema.
- El cruce de opiniones, sistemas y argumentos a favor y en contra de todos ellos, ha generado cierta confusión y crispación en torno al tema, que se irá resolviendo a medida que se realicen estudios y se vayan perfeccionando las herramientas de clasificación. En cualquier caso, las empresas alimentarias están reaccionando y mejorando la composición de sus productos para obtener calificaciones de saludable para sus ofertas.

Además del etiquetado, el gobierno socialista ha propuesto otras medidas contra la obesidad, como el desarrollo de un reglamento que impida la venta de alimentos y bebidas con perfiles nutricionales poco saludables. Sobre todo, en espacios públicos, centros sanitarios e instalaciones de todo tipo.

Asimismo, la ministra de sanidad ha propuesto, como llevan pidiendo la UE y la OMS desde hace años, limitar la publicidad de los alimentos con perfiles nutricionales menos saludables dirigida a los menores de 15 años. Eso, junto con el reforzamiento de la normativa para reducir una media del 10% de azúcares añadidos, sal y grasas saturadas en alimentación forman el conjunto de medidas aprobadas más recientemente en nuestro país.

En el apartado de soluciones y alternativas es de rigor citar los avances que se están produciendo en el ámbito farmacológico que, actualmente, ya ofrecen fármacos que cumplen los requisitos de eficacia y seguridad necesarios para su prescripción y utilización por parte de médicos especialistas y pacientes en que constituya la opción más adecuada.

Así, en diciembre de 2018, en una entrevista realizada por Cuidate Plus en colaboración con representantes de Novo Nordisk y del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, la secretaria de la SEEDO Susana Monereo comentó que en el tratamiento de la obesidad “no vale cualquier píldora mágica que diga que es adelgazante, tiene que venir respaldada por un ensayo clínico y seguridad. Si no existen, eso no es un fármaco. Hoy hay tres fármacos con esas condiciones

de eficacia y seguridad. El más antiguo de estos fármacos es el orlistat. Actúa en el intestino y reduce un poco la grasa que comes. El problema es que, si te pasas un poco, da una diarrea terrorífica y tiene una eficacia pequeña, aunque ayuda si va acompañado de una dieta. Después, han aparecido dos fármacos nuevos, uno es la unión de naltrexona y bupropion, cuyo resultado es un fármaco que actúa a nivel cerebral y controla un poco el hambre y los impulsos por la comida. Este medicamento hay que saberlo utilizar muy bien porque si no se usa bien, puede tener efectos secundarios: da mucho insomnio, irritabilidad y otros problemas. Por último, está liraglutida, un fármaco que se administra pinchado por vía subcutánea todos los días y es el tratamiento más potente que tenemos en la actualidad. Consigue pérdidas de peso muy importantes por encima de casi el 10 por ciento y tiene estudios de eficacia y seguridad a 3 años”.

En la misma entrevista, la secretaria de la SEEDO remarcó que hay que usar los fármacos y tratamientos para la obesidad de forma crónica, porque, aunque una persona haya perdido el exceso de peso, no puede dejar los medicamentos cuando ha adelgazado, ya que eso hará que lo recupere. Por su parte, el doctor Francisco Poyato, Obesity Medical Manager de Novo Nordisk, recordó que estamos hablando de una persona enferma, por lo que hay que tener en cuenta que no es suficiente tratar la obesidad con ejercicio y una alimentación saludable. Estos factores son pilares en lo que hay que apoyarse, sin duda, pero complementados por tratamientos farmacológico y psicológico. En el abordaje de cada caso hay que utilizar todos estos elementos con un objetivo claro: perder al menos entre un 5 y un 10 por ciento del peso. La buena noticia, según el doctor Poyato, es que “no hace falta perder una barbaridad”. A partir de esta afirmación, el doctor explica que “se ha demostrado que una pérdida de peso de entre un 5 y un 10 por ciento lleva consigo una mejora en los factores de riesgo cardiovascular, una mejora en el perfil glucémico y una mejora del perfil lipídico. Estamos hablando de que mejora la apnea del sueño y la dificultad del sueño de estos pacientes, en definitiva, de la mejora de la calidad de vida de los pacientes con obesidad. Tenemos que seguir un abordaje multidisciplinar”.

Por último, en esta importante entrevista, María Isabel Casado, psicóloga clínica portavoz del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, señaló que “la obesidad es una enfermedad con una adhesión al tratamiento muy baja debido en parte a que una persona puede hacer un esfuerzo durante un tiempo, pero no mantener ese esfuerzo durante toda la vida. La solución sería cambiar ese concepto y no entrar en errores como seguir una dieta milagro baja en calorías que no se adapta a su forma de vida, se trata de cambiar todos los hábitos” (60). Estos apuntes, ponen

de manifiesto que el paciente con obesidad se mueve en entornos hostiles desde el punto de vista del control de sus hábitos alimentarios, dada la inmensa oferta, asequibilidad y publicidad de productos que no son adecuados para combatir su enfermedad. La persona afectada tiene que desarrollar un control férreo que va en contra de sus instintos y ello, sin duda, tiene un importante coste emocional. Por eso, como apunta el doctor Poyato y como se expone en el siguiente apartado, la atención del paciente obeso requiere un diseño multidisciplinar donde distintos tipos de profesionales médicos y de áreas complementarias interaccionen para lograr solventar problemas y mejorar la calidad de vida de los pacientes a largo plazo.

El repaso de la situación actual en España en el ámbito de las soluciones que se barajan se cierra con información reciente acerca del posicionamiento de las entidades más implicadas en el desarrollo de una gestión adecuada del diagnóstico y tratamiento de la obesidad para nuestra sociedad. Estas entidades incluyen: la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Diabetes (SED), la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS), la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).

En 2015, se publicó el artículo “Hacia un manejo integral del paciente con diabetes y obesidad” (61), en el cual, representantes de todas estas entidades expusieron su posicionamiento acerca de la diabetes y la obesidad, dada la magnitud de su extensión actual, las previsiones de su futuro desarrollo y la estrecha relación que se ha demostrado entre ambas patologías. La intención de los autores fue la de complementar las guías de práctica clínica nacionales e internacionales acerca del paciente con diabetes, plasmando una serie de recomendaciones para los profesionales sanitarios en actuaciones diagnósticas y terapéuticas enfocadas a pacientes con diabetes y obesidad, ya que esta patología todavía no estaba incorporada a las mismas de forma adecuada.

En síntesis, las principales conclusiones apuntadas por este conjunto de entidades fueron que:

- La prevalencia de obesidad y sobrepeso está en constante crecimiento, habiéndose estimado un aumento medio del índice de masa corporal (IMC) de 0,4 kg/m² por década en los últimos 30 años.

- En España, la prevalencia de obesidad en población adulta era entonces del 23% (24 en varones y 21% en mujeres), a la que había que añadir una prevalencia de sobrepeso del 39% (46 en varones y 33% en mujeres), lo que nos situó entre los países de Europa con cifras más elevadas de obesidad y sobrepeso en 2014. A lo anterior, había que añadir el hecho de que cuatro de cada diez jóvenes españoles de entre 8 y 17 años presentaba obesidad o sobrepeso.
- Además de contribuir de forma importante a la carga de enfermedad coronaria y de algunos tumores, las entidades concluyeron que con datos que indican que la obesidad y el sobrepeso son responsables del 44% de la carga de diabetes, estas patologías constituyen el principal factor de riesgo modificable de esta enfermedad.
- Los programas destinados a la reducción del sobrepeso o la obesidad, como el Diabetes Prevention Program Study o el Diabetes in Europe - Prevention Using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention, estaban demostrando que la reducción del peso con modificaciones del estilo de vida mostraba una asociación significativa con una reducción marcada del desarrollo de diabetes, incluso superior a la obtenida con medidas farmacológicas. Asimismo, en función de los resultados del estudio Di@betes, la prevalencia de obesidad y de obesidad abdominal en los españoles con diabetes conocida era del 50 y 68%, respectivamente.
- Del impacto demostrado de la obesidad en la evolución de la diabetes deriva la necesidad de su evaluación en todos los pacientes diabéticos tanto en el momento del diagnóstico como durante su seguimiento. Para ello, lo más común en la práctica clínica diaria ha venido siendo evaluar el estado ponderal, siendo el IMC el indicador más utilizado, siendo indicativos de sobrepeso los valores superiores a 25 kg/m² y de obesidad los valores superiores a 30 kg/m². Sin embargo, las entidades apuntan que se ha demostrado que el IMC infravalora la prevalencia de sobrepeso y obesidad cuando se estima la adiposidad corporal total. Así, indicaron que se ha hallado que el aumento de la grasa intraabdominal o visceral se relaciona mejor con el desarrollo de diabetes y de otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Por ello, apuntan que, en la última década, se viene considerando que el perímetro de la cintura es una medida alternativa o complementaria, de carácter sencillo que predice la grasa visceral, así como sus cambios con la pérdida de peso. Este marcador

es independiente del IMC y de otros factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedades cardiovasculares, habiéndose visto que la asociación con él es más precisa que con la del índice cintura/cadera. Esta relación entre el perímetro de cintura (y, por consiguiente, la adiposidad intraabdominal o visceral) y el desarrollo de comorbilidades se ha observado incluso en pacientes no obesos, lo que refuerza la importancia de su medición en la práctica clínica diaria en pacientes con diabetes y sobrepeso/obesidad a la hora de implantar las estrategias terapéuticas necesarias para lograr beneficios sobre el control metabólico y cardiovascular.

- Derivado de lo anterior, la posición de estas entidades es la de que el adecuado tratamiento de la diabetes tipo 2 requiere un abordaje simultáneo y multidisciplinar del sobrepeso/obesidad y el resto de los factores de riesgo vascular.
- Como medida estándar, las entidades suscriben la recomendación de la Asociación Americana de Diabetes que señala que, en todos los pacientes con sobrepeso/obesidad que padecen o están en riesgo de padecer DM, es recomendable abordar una dieta saludable con disminución del aporte energético para reducir el peso. Así, en este tipo de pacientes, una pérdida de peso, aunque sea discreta, disminuye la resistencia a la insulina y facilita el control glucémico, y una pérdida de peso importante, como las que logran mediante cirugía bariátrica, pueden conseguir incluso la remisión de la DM2. Además, la pérdida de peso puede proporcionar otros beneficios clínicos como la mejoría de los factores de riesgo, retraso en la necesidad de instaurar tratamientos con fármacos hipoglucemiantes y mejora de la hipertensión arterial y de la dislipemia en caso de estar presente.
- Respecto de la hipertensión, los autores resaltaron que tras la publicación del estudio UKPDS “se sabe que el riesgo de complicaciones vasculares en las personas con diabetes está fuertemente asociado con el aumento de la presión arterial sistólica, y que el control estricto de la presión arterial en pacientes con diabetes se asocia a una disminución significativa de la mortalidad y de las complicaciones relacionadas con la diabetes”.
- En cuanto a la dislipemia en pacientes con diabetes, los autores indicaron que “están bien demostrados los efectos beneficiosos de los hipolipe-

miantes, en especial las estatinas, en la disminución del colesterol LDL y la consiguiente reducción de eventos cardiovasculares”.

- Asimismo, los autores señalaron que “la prevalencia de tabaquismo, uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante, es alta en los pacientes con diabetes. Sus efectos sobre la pared arterial, disminución de HDL-C, aumento de la agregación plaquetaria e hipoxia tisular contribuyen de forma importante a la enfermedad aterosclerótica”, concluyendo que todos los pacientes con diabetes deben ser informados sobre los efectos perjudiciales del tabaquismo y recibir consejo activo sobre el abandono del hábito tabáquico.
- El posicionamiento de las entidades acerca de las intervenciones no farmacológicas (dieta, ejercicio) con beneficio demostrado en la prevención y tratamiento del paciente con diabetes tipo 2 y sobrepeso/obesidad es claro: el conjunto señala que estas intervenciones requieren un abordaje individualizado y multidisciplinario con programas estructurados dotados de recursos específicos, postura que se alinea con las recomendaciones de integración de los pacientes en la estrategia Triple Meta que se aborda en la última sección de este informe.
- Por otro lado, a la luz de los resultados de diversos estudios (como el Look Ahead financiado por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos) las asociaciones aceptan de forma generalizada que las modificaciones del estilo de vida deben formar parte de cualquier tratamiento individualizado de la DM2, y que estas deben ser reforzadas regularmente. Sin embargo, advierten que debe tenerse en cuenta que, para que la intervención sea efectiva, debe dotarse de recursos profesionales y económicos suficientes e integrarse en un programa de intervención estructurado. Así, los datos epidemiológicos y procedentes de estudios clínicos en el Reino Unido (62), entre otros, han confirmado que los pacientes con DM2, en su conjunto, aumentan su peso, a pesar de que su tratamiento incluya una modificación del estilo de vida. La ganancia de peso, asociada al uso de medicamentos insulínicos, además de limitar la adherencia del paciente al tratamiento, supone una clara barrera para conseguir su efectividad y una adecuada adherencia que permita alcanzar los objetivos de control glucémico. En el año 2015, el conjunto de entidades estimó que la incorporación reciente de nuevos tratamientos, como los inhibidores de la dipeptidildipeptidasa 4 (IDPP-4), agonistas del receptor de GLP1 e inhibido-

res del cotransportador de la glucosa sodio-dependiente tipo 2 (SGLT2), con efectos neutros o reductores del peso corporal, podían contribuir a minimizar estas limitaciones.

- En el apartado de coste efectividad, la postura de las entidades es la de que las modificaciones en el estilo de vida, con un adecuado programa que incluya dieta y ejercicio físico junto a apoyo psicológico, constituyen la estrategia terapéutica más costo-efectiva para la prevención de la DM. En el artículo, destacan que la pérdida de peso fue el efecto más destacable en los ensayos clínicos realizados con intervención en el estilo de vida o con fármacos para prevenir o retrasar la aparición de diabetes y que, estudios realizados con bases de datos administrativas muestran que la reducción del peso en pacientes con DM2 se asocia con una reducción de los costes relacionados con la diabetes, especialmente en el caso de pacientes obesos. En cuanto a fármacos, las entidades señalaron que el fármaco más coste-efectivo y recomendado en todas las guías como primera opción terapéutica para el tratamiento de la DM2 es la metformina, que posee un buen perfil sobre el peso corporal (disminución ponderal o efecto neutro). Asimismo, advierten que, para la elección del segundo fármaco, la clave es la individualización, siendo el efecto sobre el peso uno de los factores más determinantes, ya que se ha demostrado mediante diversos estudios que es diferente para distintas opciones terapéuticas. En definitiva: el tratamiento del paciente con diabetes tipo 2 y obesidad dependerá tanto del grado de obesidad como de la comorbilidad asociada.

6. La Triple Meta y su aplicación a la obesidad

6.1. Qué se entiende por Triple Meta

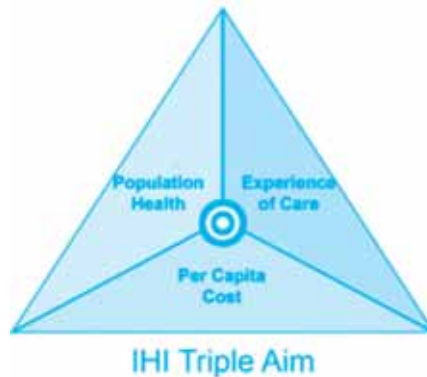
El término Triple Meta, fue acuñado el año 2008 por el doctor Don Berwick (pediatra y especialista en temas de mejora de cuidado del paciente), junto con Tom W. Nolan y John Whittington (investigadores senior del Institute for Healthcare Improvement (IHI) en Estados Unidos).

Se trata de un marco teórico desarrollado por estos tres autores en el seno del IHI que describe una aproximación a la optimización del desempeño de los sistemas de salud. Según este marco, los sistemas de salud deben perseguir un nuevo diseño que se enfoque en tres objetivos simultáneos o dimensiones (ver

Figura 36) que son las que le otorgan el nombre de Triple Meta (Triple Aim en inglés) a esta aproximación:

- Mejorar la experiencia de cuidado del paciente (incluyendo la calidad y su satisfacción).
- Mejorar la salud de las poblaciones.
- Reducir el coste per cápita de la atención sanitaria (44).

Figura 36. Diagrama que expresa la idea de la Triple Meta



Fuente: Institute for Healthcare Improvement (IHI)

El desarrollo de este marco teórico se produjo ante la reflexión de que el sistema de salud de los Estados Unidos es el más caro del mundo, con una factura que representa el 17% del PIB y que se estima que crecerá hasta un 20% de éste en el año 2020, según las proyecciones de la oficina en gasto nacional en salud de este país. Simultáneamente, aquellos países en que la partida de gasto sanitario está aumentando significativamente a través de los años, también se hallan bajo el mismo tipo de presión para obtener un mayor valor por los recursos dedicados a sus sistemas de atención de salud. En todos ellos, el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de la longevidad, junto con los problemas de salud crónicos, se han convertido en un desafío global, que impone nuevas exigencias a los servicios médicos y sociales.

En la actualidad, en la mayoría de los entornos de atención médica, no existen figuras responsables de las tres dimensiones de la Triple Meta al mismo tiempo, siendo importante desarrollar equipos que lo consideren y lo implanten. Como el triple objetivo de HIH implica una mejora ambiciosa en todos los niveles del sistema, para su implantación gradual se está adoptando un enfoque sistemático

para el cambio. Este enfoque se basa en fases de pruebas piloto en más de cien organizaciones de todo el mundo, que siguen el proceso de cambio recomendado por el IHI consistente en:

1. Identificación de las poblaciones objetivo.
2. Definición de objetivos y medidas del sistema.
3. Desarrollo de una cartera de proyectos que sea lo suficientemente fuerte como para obtener resultados a nivel del sistema, y realización de evaluaciones rápidas sobre los mismos que proporcionen información para adaptarlos a las necesidades y condiciones locales.

El IHI cree que para realizar este trabajo de forma efectiva es importante aprovechar la lista de factores determinantes de salud de cada comunidad sobre la que se trabaja, empoderar a las personas y a las familias, ampliar sustancialmente el papel e impacto de la atención primaria y asegurar un tránsito sin problemas a través de todo el sistema de atención sanitaria a lo largo de la vida de una persona.

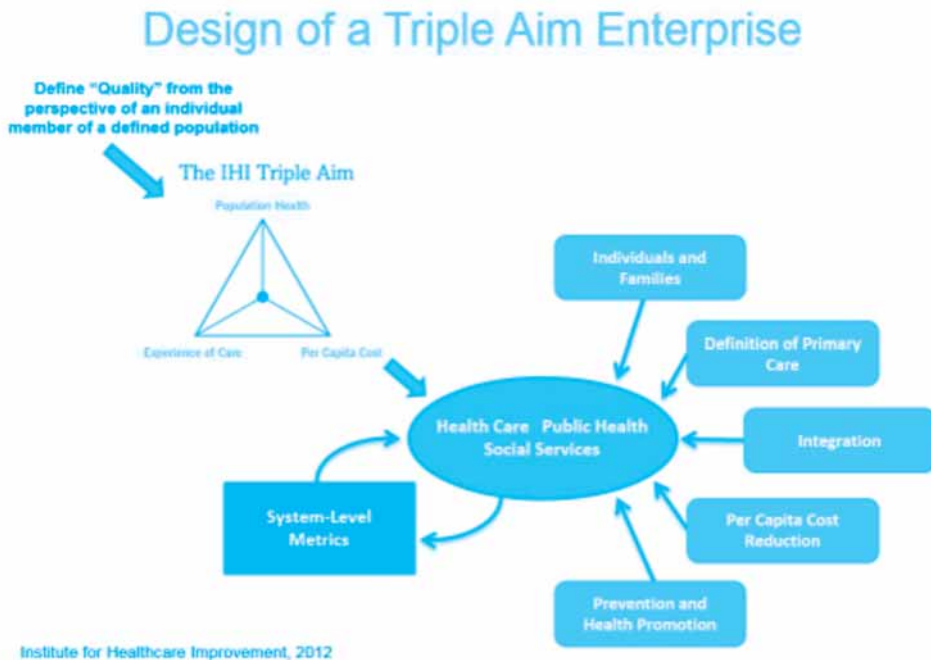
En Estados Unidos, la Triple Meta tiene aplicación en muchas áreas que necesitan de reformas, tales como: organizaciones de atención responsable, pagos combinados y enfoques de financiación innovadores, nuevos modelos de atención primaria como hogares médicos centrados en el paciente, sanciones por eventos evitables como reingresos hospitalarios o infecciones y la integración de tecnologías de la información.

El equipo de innovación de IHI desarrolló un diseño conceptual y describió un conjunto inicial de componentes de un sistema que cumpliría el Triple objetivo del marco teórico. Los cinco componentes básicos son los siguientes:

- a) Foco en individuos y familias.
- b) Rediseño de servicios y estructuras de atención primaria.
- c) Gestión de la salud de la población.
- d) Plataforma de control de costos.
- e) Integración y ejecución del sistema.

El modelo de actuación que relaciona estos cinco componentes básicos se describe en la Figura 37. Los resultados que se esperan de la implantación de este sistema son los de mejorar la calidad de vida de las poblaciones a través de lograr que sean más sanas, en parte gracias a una mejor identificación de los problemas y, en parte gracias a la aplicación de soluciones más avanzadas y menos dependientes de la atención de salud especializada. Con un sistema de este tipo, los pacientes pueden esperar una atención menos compleja, más simplificada y coordinada, en la que la carga de la enfermedad disminuye. En el apartado de costes, estabilizar o reducir el coste per cápita de atención puede dar a las empresas del sector sanitario privado la oportunidad de ser más competitivas, lo cual disminuiría la presión sobre los presupuestos de atención médica financiados con fondos públicos, pudiendo destinarse la diferencia con respecto a los presupuestos actuales a otras partidas de gasto público, entre las cuales sería bueno considerar las destinadas a medio ambiente, ya que una mejora en este apartado también revertirá en una mejor calidad de vida de la sociedad.

Figura 37. Esquema de desarrollo de una empresa Triple Meta



Fuente: Institute for Healthcare Improvement

6.2. ¿Cómo está progresando la implantación de la Triple Meta en el ámbito internacional, Europa y España?

En el momento presente se admite que casi todos los sistemas sanitarios del mundo están afrontando una serie de retos comunes como son: la deficiente coordinación del cuidado de los pacientes; la contratación de actividad en lugar de valor; la desproporción entre la parte de población que consume la mitad del gasto en sanidad (actualmente estimada como un 5% consumiendo el 50%); el diseño e implantación de sistemas adecuados de prevención, calidad y seguridad de los pacientes; el cuidado fragmentado y sin continuidad o integración de los pacientes crónico y el aumento de las tasas de hospitalización, reingreso y reacciones adversas a medicamentos. Esta situación compartida por la mayoría de los sistemas de salud puede mejorar, independientemente de cuál sea el presupuesto invertido en un país en el apartado de sanidad en términos de PIB (45).

Y es en este escenario en el que la Triple Meta, se viene considerando cada vez más desde el entorno de la política sanitaria y desde la dirección de áreas y centros sanitarios como marco teórico de referencia para impulsar la mejora de los sistemas de salud. Muchos sistemas del mundo y, por extensión, en España en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se hallan actualmente inmersos en reformas basadas en este concepto que, como se ha explicado, persigue mejor salud de la población, mejores cuidados y, todo ello optimizando y reduciendo costes.

Los profesionales que están llamados a lograr estas reformas son particularmente los directivos senior que trabajan en torno al sistema de salud desde diversos sectores y, particularmente en el diseño e implantación de políticas públicas. Algunos autores atribuyen el que todavía no existan sistemas de salud en el mundo realmente organizados alrededor de la salud poblacional, a la falta de familiaridad de los decisores políticos con la Triple Meta y con la forma en que puede implementarse gradualmente. Los directivos senior son los que tienen la responsabilidad de abordar la perspectiva sistémica de sector sanitario y, por consiguiente, los que deben desarrollar las mejores estrategias para fomentar su adopción efectiva: la Triple Meta no es escalable sin una intervención potente desde la esfera de las políticas (45).

El progreso en la implantación de la Triple Meta es lento y desigual. En Europa, algunos países han efectuado ensayos de iniciativas de pagos agrupados y reformas sobre pagos globales, mientras que en otros se ha adoptado un

enfoque poblacional y en otros se han realizado esfuerzos de integración entre los niveles asistenciales. Sin embargo, en la mayoría de los países involucrados, las iniciativas todavía carecen de un ensamblaje realmente significativo en términos de directrices efectivas compartidas con los decisores del ámbito de la política sanitaria: se escriben muchos planes que mencionan la necesidad de desarrollar paquetes integrados de reformas, pero éstos no se abordan en toda su dimensión, sino en aspectos parciales.

ES un hecho que prácticamente todos los países europeos ofrecen alguna forma de cobertura sanitaria universal. Este tipo de modelo se percibe como destinado a sufrir una gran transformación impulsada por los propios cambios de la demanda y sus posibilidades reales de financiación y sostenibilidad a largo plazo. En este plano, los diseñadores de políticas han optado por iniciar la senda de una estrategia de medio-largo plazo orientada a transformar progresivamente los sistemas de salud. La reciente crisis económica puso en evidencia que este tipo de modelo es vulnerable y que la mayoría de los gobiernos reacciona ante este tipo de escenario llevando a cabo una contención de costes que afecta especialmente a los salarios y contratación de personal, al gasto sanitario, al presupuesto en farmacia, a la implantación de copagos y, en definitiva, a una gestión no exenta de tensión, reajuste y adaptación continua de profesionales y usuarios con la que no es sencillo lidiar.

Los directivos senior llamados a transformar los sistemas sanitarios opinan que este tipo de ajuste frente a una crisis económica funciona puntualmente, pero que no puede solventar el verdadero problema que plantea el modelo estándar centrado en la atención reactiva en lugar de estar enfocado a la salud poblacional. Según los directivos senior, las decisiones políticas deben contemplar lo antes posible la creación de mecanismos para que los sistemas sanitarios puedan dar respuesta a los futuros retos de demografía, cronicidad, prevención, fragmentación en la atención, sostenibilidad y la proporción de una atención integrada a los pacientes. Indudablemente, la Triple Meta proporciona un marco de referencia para el desarrollo de la mencionada estrategia y, además es válido tanto para sistemas del tipo Beveridge que son los que corresponden a los países del norte y sur de Europa, como para los sistemas de seguro más prevalentes en Europa central.

Fruto del progreso en la voluntad de adoptar criterios afines a la Triple Meta, en varios países europeos ya se han puesto en marcha baterías de procesos gerenciales y organizativos para desarrollar organizaciones capaces de integrar

el cuidado del paciente razonando con visión poblacional en lugar de individual, empoderando al paciente y favoreciendo su autogestión. Así, en los últimos años, en muchos países se asiste al incremento de prestación de determinados servicios fuera de los hospitales, al incremento del autocuidado, del hospital domiciliario, de las intervenciones ambulatorias y de incentivar la colaboración transversal entre diversos servicios junto a un reforzamiento del papel de la asistencia primaria. Este tipo de estrategia está conduciendo progresivamente a adoptar criterios de pago por valor en lugar de pago por actividad, así como hacia una intensificación del desarrollo de herramientas tecnológicas de apoyo para la asistencia domiciliaria y también de la coordinación entre gestión clínica y servicios sociales.

Las reformas de los sistemas sanitarios europeos y del resto del mundo dependen en gran medida de un cambio de mentalidad o cultural. Este cambio se irá articulando progresivamente tanto entre los profesionales y directivos senior de los que depende la transformación como entre las poblaciones que se hallan inmersas en un escenario de demanda de servicios diferente del que había hace años.

Así, desde la perspectiva de los profesionales, se requiere un cambio hacia una gestión participativa la cual permita al personal sanitario innovar sobre aspectos organizativos que mejoren la provisión de cuidados y no solamente en cuestiones clínicas. La gestión vertical no se adapta bien a este tipo de participación porque no optimiza el talento innovador de los clínicos en aspectos complementarios de su actividad cuando, en realidad, ellos pueden aportar mucho en estos apartados. Los cambios requeridos por la Triple Meta van a ser más fructíferos en un entorno que tenga en consideración una mayor participación de los profesionales sanitarios (46). Consolidar estos cambios se contempla como un objetivo a medio plazo en la mayoría de los países involucrados. El ir adoptando el cambio cultural participativo en el entorno profesional es importante porque constituye una mejora independiente de los ciclos políticos: si los profesionales hacen suyas estas metas, los cambios de gobierno y de interlocutores políticos les afectarán menos ya que el compromiso es suyo y seguirán trabajando para lograrlo. Habitualmente, los gobiernos entrantes suelen continuar con cambios iniciados por los predecesores, pero el compromiso directo de los profesionales sanitarios con las transformaciones son mejor garantía de progreso en las transformaciones.

Desde la perspectiva del usuario del sistema de salud, el cambio cultural se plasma en una mayor concienciación de la responsabilidad propia e individual

de cada persona en cuanto a tratar de estar lo mejor posible, aprender a prevenir, a auto cuidarse hasta donde sea posible, a adquirir hábitos saludables de vida, a evitar la sobre medicación y a aceptar las modalidades de cuidado domiciliario y otras que descargan la gestión hospitalaria cuando no es realmente necesaria.

Desde la perspectiva de control del sistema, es muy importante tener en cuenta que la compilación de datos, la medición, evaluación y análisis de los indicadores que configuran los sistemas sanitarios es fundamental. La Triple Meta ha ayudado a establecer la evidencia y los datos objetivos como la herramienta fundamental de apoyo para la toma de decisiones y para los ajustes de organización y gestión del cuidado de los pacientes. En este apartado, quedan muchas parcelas por mejorar, incluyendo la ampliación de recogida de datos para indicadores de patologías que van aumentando su prevalencia y que no son contempladas como corresponde, como es el caso del sobrepeso y la obesidad, las enfermedades raras y otros casos. El tratamiento de estos problemas de salud requiere de un mayor conocimiento estadístico de la población afectada. Asimismo, en la era digital, debe trabajarse multidisciplinariamente para mejorar los tiempos de provisión de información: hoy en día, se sigue trabajando a nivel de realización de informes y estudios con decalajes de más de un año en los casos más optimistas y de más de dos, tres y cuatro dependiendo de los indicadores.

Para finalizar este apartado, los directivos senior involucrados en la transformación de los sistemas sanitarios son conscientes de lo urgentes que son determinados cambios y de la magnitud que tiene el abordaje de un cambio global. Por eso se advierte que se están desarrollando dos agendas paralelas en la mayoría de los países: una de medidas perentorias a corto plazo y otra de desarrollo de estrategias a medio-largo plazo. La doble agenda es inevitable dada la dimensión de un cambio global en un sistema y todos los apartados que comprende, pero parece estar funcionando y se van acumulando experiencias positivas en ambos flancos.

6.3. ¿Qué puede aportar la aplicación de la Triple Meta al problema del sobrepeso y la obesidad?

En los últimos años, se ha hecho evidente la necesidad de elaborar planes de actuación en torno a la gestión de pacientes con enfermedades crónicas como una de las grandes prioridades de todo sistema sanitario. Este movimiento se

está orientando a su vez hacia la búsqueda de un modelo de atención sanitaria integrada y que cubra no sólo aspectos clínicos sino también sociales y enfocado a las personas.

El sobrepeso y la obesidad se contemplan desde esta óptica, especialmente en países como Estados Unidos y también latinoamericanos donde la prevalencia está alcanzando niveles epidémicos. Los países europeos, y entre ellos, España, no se están quedando al margen tampoco debido a la evolución de las cifras de estas patologías en los mismos.

En el escenario actual, la lucha contra las enfermedades crónicas está intensificando sus esfuerzos en su prevención y en la prestación de la mejor atención posible. De ello se derivan diversos tipos de actuaciones encaminadas a fortalecer la presencia cotidiana de la prevención y la promoción de la salud en la práctica de los profesionales, pues la búsqueda de la mejor atención posible obliga a centrarse en las personas y no en las enfermedades, propiciando el protagonismo del paciente en la toma de decisiones y la configuración de un modelo asistencial más integrado y coordinado con los servicios sociales.

El análisis de las experiencias de aplicación de la Triple Meta al problema específico del sobrepeso y la obesidad arroja un balance disperso: hay muchas iniciativas en marcha y todas ellas consiguen resultados positivos en alguna medida, pero se está lejos de lograr un criterio generalizado y estandarizado que se aplique en todos los países. La magnitud del problema en cada país es un factor determinante acerca de las acciones que se toman y las políticas que se deciden. No hay duda de que la Triple Meta es el marco de referencia en la mayoría de los casos y de que muchas experiencias se basan en sus directrices, pero el logro de un sistema integrado específico para esta patología en todos los países es un camino que se recorre a distintas velocidades. El punto que se vislumbra como más común en las experiencias de éxito es el de creación de intervenciones fundamentadas en equipos multidisciplinares que puedan atender a grupos de pacientes, cambiándose gradualmente la atención individualizada de estas patologías por una de carácter más conjunto.

Así, por ejemplo, un reciente artículo (47) señala que, en los Estados Unidos, se están obteniendo buenos resultados en el apartado de eficacia en cuanto al empleo de las citas médicas compartidas inspiradas en la Triple Meta para pacientes con sobrepeso, obesidad o diabetes. Las citas compartidas comenzaron a considerarse cuando fue evidente que la obesidad y la diabetes esta-

ban tomando dimensiones epidémicas en este país. La sanidad se enfrenta a una gran demanda de atención acerca de estas enfermedades que tienen muchas opciones de tratamiento cuya eficacia es limitada a largo plazo. Por eso se consideró que una posible herramienta de gestión médica efectiva sería la cita médica compartida en que un grupo reducido de pacientes con problemas de salud en común son atendidos por un equipo sanitario multidisciplinar, ya que ésta ofrece un enfoque eficiente y rentable y se alinea con el triple objetivo de reducir los costes, mejorar la salud de la población y mejorar la experiencia de atención al paciente.

La implantación de la cita compartida en el ámbito del sobrepeso y la obesidad es un recurso excelente para considerar en poblaciones con altas prevalencias. El sobrepeso es un factor de riesgo acerca del que se puede intervenir para reducir la incidencia de la prediabetes y la diabetes mellitus de tipo 2. Sin embargo, las intervenciones típicas que se vienen realizando, no pueden tener el impacto que tiene la estrategia de la cita compartida. Así, en el caso de los niños, las actuaciones típicas vienen involucrando tanto a las familias como a la comunidad, las escuelas y los servicios sanitarios, y, aunque se logran mejoras sobre la prevención y desarrollo de sobrepeso en este segmento de la población su efectividad a gran escala es incierta. En el caso de los adultos, y especialmente, los que tienen 60 y más años, las intervenciones son individualizadas y consisten en prescripciones de dietas calóricas reducidas o moderadas, de ejercicio físico, así como estrategias de incidencia en el comportamiento, encaminadas a facilitar la adherencia a las dietas y ejercicio físico recomendados. Sin embargo, los adultos con obesidad que son visitados en atención primaria por otras patologías como, por ejemplo, dolores articulares, de espalda, depresiones y otros temas, no suelen ser aconsejados acerca de realizar cambios en su estilo de vida para lograr un peso saludable, a menos que otras concomitancias se hallen presentes. Así, los programas de prevención de la diabetes, aunque son efectivos para la pérdida de peso en adultos, adolecen de facilitación de cuidados en atención primaria siendo más una competencia de la especializada, carencia que se podría amortiguar mediante una implantación del sistema de las citas compartidas.

Las citas compartidas adoptan dos tipos de formato. Uno denominado general que consiste en una administración de cuidados de tipo cooperativo que se utilizan con frecuencia para proporcionar atención a pacientes adultos que muestran un cuadro importante como crónicos, y otro que consiste en la asistencia de los pacientes a citas médicas grupales a las cuales acuden cuando

tienen una necesidad puntual. Comparado con el sistema de citas individuales con profesionales de la salud, que habitualmente toman menos de 20 minutos, las citas compartidas se llevan a cabo por un equipo constituido por varios profesionales entre los cuales hay personal de atención primaria y profesionales asociados tales como enfermeros educadores, dietistas, farmacéuticos u otros y se desarrollan durante un tiempo que puede oscilar entre 60 y 120 minutos. Los pacientes son asignados a las citas compartidas en función de sus enfermedades crónicas compartidas (por ejemplo, diabetes, dolor crónico, asma y otras). Los grupos tienen un doble cometido y proporcionan el servicio de una cita médica junto con un servicio social de grupo de apoyo. Las citas compartidas se estructuran habitualmente para atender entre 10 y 15 pacientes y se celebran entre una y dos veces al mes. En el caso de su aplicación a la población de niños y adolescentes, la asistencia de los padres o tutores es imprescindible, ya que obtienen la información necesaria para cooperar en la mejora de la salud de sus hijos y aprenden de las experiencias de otros padres a la vez que comparten las suyas.

Los beneficios asociados con la utilización de las citas compartidas en el ámbito de la obesidad son diversos. Así, por un lado, pueden modificar positivamente el curso del peso corporal y la salud general de los pacientes y, por otro lado, proporcionan un mecanismo de asistencia social supervisado medicamente, combinación que tiene un efecto dominó, cuando menos, en las comorbilidades relacionadas con la obesidad, la prediabetes, la diabetes y la enfermedad cardiovascular. En el apartado de costes, diversas experiencias han demostrado que este sistema deriva a largo plazo en un coste inferior al que se habría derivado de atender individualmente a los pacientes que participan y, asimismo, la mejora de la salud de los pacientes disminuye el impacto que habría tenido el que desarrollasen concomitancias hacia un estadio más grave y crónico. Finalmente, en el apartado social, la participación en citas grupales mejora la calidad de vida de los pacientes, ya que se sienten menos solos, más motivados para perseguir sus objetivos de mejora y su satisfacción con la atención recibida es mayor.

En otros países, como Colombia, se han implementado estrategias similares a la de la cita compartida, a las cuales se las ha denominado programas de atención integral. En un artículo publicado el año 2015 (48), se refiere la experiencia de la diabetes como una de las patologías más relevantes como desencadenante de estos programas, y por asociación, muchos pacientes con obesidad y otras enfermedades crónicas se están beneficiando de las mismas. El planteamiento

es similar al descrito para Estados Unidos. Así, en dicho país, se ha introducido la figura del equipo de salud modificado, que consiste en un grupo de profesionales formado por químicos farmacéuticos, enfermería, psicología y otros, que trabajan de forma simultánea y coordinada para mejorar los resultados de salud de los pacientes. Estos grupos han diseñado y desarrollado métodos para el seguimiento efectivo de pacientes y entre sus funciones principales destaca la educación, el empoderamiento y el constante acompañamiento del paciente, procedimiento que supera el alcance de la forma de atención tradicional y habitual. No obstante, los autores del artículo destacan que “ante la implantación de los programas de atención integrada, siguiendo las recomendaciones de la Triple Meta, se considera esencial efectuar mediciones de resultados en salud, en este caso en torno a la diabetes, para certificar su efectividad. Si bien el objetivo debe ser el seguimiento del paciente y que el proceso sea coordinado para minimizar los riesgos y optimizar los resultados, el objetivo del equipo de salud debe ser uniforme y los indicadores deben construirse para medir resultados clínicos. La medición del proceso, que también debe hacerse, debería estar centrada en el proceso clínico; por ejemplo, preguntarse por: tiempo desde el último examen de retina, Hb, A1C, examen de pie, proteínas en orina, lípidos, satisfacción con el tratamiento, ejecución de automonitoreo, etc. Si todos los integrantes del equipo miden el proceso y el resultado de la misma manera, la construcción colectiva es más relevante. Es decir, medir las estrategias aisladas puede ser adecuado, pero lo realmente importante es medir el desempeño del conjunto de atención. Asimismo, se debe priorizar bien los pacientes que reciben los servicios. Muchos estudios han demostrado que las estrategias de atención integral logran mejorar los resultados clínicos en diabetes, aunque los resultados son mucho más concluyentes en los pacientes con un peor control glucémico (Hb A1C > 8,0%). Por ello, los programas con equipos multidisciplinarios dirigidos a pacientes no controlados deben ser prioritarios, porque consiguen mejores resultados y permiten la implementación gradual en poblaciones de pacientes menos complejos” (48).

En el cuidado integral del paciente con sobrepeso u obesidad, como se intuye por los ejemplos anteriores, la figura del farmacéutico comunitario constituye uno de los profesionales sanitarios que está en contacto más regular y cercano con los que sufren estas patologías. El farmacéutico conoce los tratamientos farmacológicos que toma el paciente y por su formación puede jugar un papel importante como educador sanitario y como educador nutricional. La intervención de este profesional puede contribuir a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención y a la detección del sobrepeso y la obesidad desde

dos niveles de actuación: el farmacológico y el no farmacológico. El primero consiste en la dispensación, la indicación farmacéutica (fitoterapia, homeopatía, recomendación de medicamentos que no requieren receta) y, el segundo, se centra en aspectos de educación conductual, de sugerencias de ejercicio físico y de educación nutricional, incluyendo el análisis de las concomitancias. Además de lo anterior, el farmacéutico, por su posición puede detectar casos y contribuir a su adecuada derivación (49). Por todo ello, la formación de estos especialistas es de gran valor en cuanto a su incorporación en equipos de atención integrada y es un elemento clave dentro de cualquier estrategia en el marco de la Triple Meta.

En definitiva, la Triple Meta es un marco inspirador para el desarrollo de estructuras de cuidados integrales de los pacientes con sobrepeso y obesidad, de forma que la atención a los mismos se vislumbra como muy adecuada en manos de equipos multidisciplinares que pueden realizar sus actividades desde la atención primaria o la especializada si se crean espacios para los mismos.

6.4. Progresos en España

La aplicación de la Triple Meta al problema del sobrepeso y la obesidad en España depende de distintos factores y agentes. Así, por un lado, se trata de un tema actualmente sujeto a una decisión política en el sentido de declararlo o no una enfermedad y en cuanto a la asignación de recursos para su prevención y tratamiento desde esta nueva óptica. Por otro lado, el diseño de la atención y cuidado del paciente depende en buena parte del personal sanitario y de su implicación desde una mayor o menor especialización enfocada hacia esta patología, así como de la estructura que deben adoptar los servicios para poder ofrecer una asistencia y cuidado integrado a los pacientes en función de los recursos clínicos y tecnológicos asignados a la misma. Finalmente, la aplicación de la Triple Meta a este apartado también depende de la determinación de la población objetivo, de sus características, necesidades y actitud frente al problema, de todo lo cual no se han recopilado datos suficientemente específicos. Las tasas de sobrepeso y de obesidad, son indicadores globales de un problema que, dada su prevalencia actual, requeriría de un sistema de información más completo, capaz de clasificar a las personas en función de diferentes grados y tipos de obesidad, sus antecedentes, las causas probables y otros datos.

A todo lo anterior hay que añadir que el español es un sistema de salud descentralizado cuyas competencias dependen de cada gobierno autonómico, por lo

que cada autonomía está desarrollando sus propios programas y actuaciones en torno al problema del sobrepeso y la obesidad.

Por consiguiente, dado que la aplicación de la Triple Meta a la obesidad en España depende en buena parte de decisiones políticas acerca de su estatus, presupuesto que se desea asignar a este problema, tipo de cobertura a ofrecer y análisis de la población a la que se quiere atender, la disponibilidad de información específica (evidencia) constituye un apartado fundamental a desarrollar para apoyar este tipo de decisiones políticas. Sin embargo, a esto hay que añadir que cada Comunidad Autónoma se enfrenta a este escenario individualmente, por lo que es necesario plantearse la cuestión de coordinación de la información y de criterios de equidad, ya que la población debe tener acceso a las mismas oportunidades y calidad de atención en todo el territorio nacional.

El sobrepeso y la obesidad, una vez analizada la información disponible plasmada en este informe, se percibe en este momento en España, como un problema o condición, al que muchos califican de forma no oficial como enfermedad, cuyo tratamiento no está estandarizado y que, por consiguiente, no sigue el criterio de equidad recomendado por el Dr. Berwick como una de las garantías que deben desprenderse de la implantación de la Triple Meta. En otras palabras: al no estar admitida como enfermedad, la obesidad no es tratada con la misma equidad que otras enfermedades en nuestro sistema de salud, por lo que su declaración como enfermedad le daría la oportunidad de mejorar en este aspecto, lo cual, a su vez, estaría en línea con la visión de la Triple Meta en este sensible apartado.

No obstante, en España, se están dando pasos para la implantación de la Triple Meta en el ámbito de la gestión de crónicos, lo cual puede llegar a impactar a medio plazo en la atención y tratamiento de la obesidad en función de cómo evolucione su estatus. Así, actualmente, en muchas comunidades autónomas ya se cuenta con gran cantidad de indicadores de resultados de salud en la práctica de Atención Primaria y con una base de datos únicos que está permitiendo una mejor estratificación de la población e identificación de los casos con multimorbilidad y cronicidad. Lo mismo podría llevarse a cabo en torno al sobrepeso y la obesidad.

El caso de la estrategia que se está siguiendo acerca de la implementación de la Triple Meta en la enfermedad cardiovascular es una referencia de lo que se puede plantear acerca de la atención a la población afectada por sobrepeso y obesidad en nuestro país. Así, se está intentando pasar de un sistema en el que

se manejan estructuras a un modelo con sistemas locales de salud en el cual el paciente es el sujeto central de los cuidados: un modelo que se ajustaría a los objetivos de la Triple Meta.

Nuestro sistema actual de salud, al igual que todos los sistemas sanitarios desarrollados, adolece de una problemática multidimensional. Algunos de los factores que conforman esta problemática son externos al sistema, como es el caso de la evolución demográfica, la epidemiológica, el contexto social que aumenta las expectativas de los usuarios y el contexto económico cambiante e incierto. Sin embargo, otros factores son inherentes al sistema sanitario como, por ejemplo, su complejidad y la fragmentación en la prestación de los cuidados. En conjunto, estos factores están condicionando la sostenibilidad del sistema sanitario hasta un punto en que su profunda transformación es inevitable. La solución ya no pasa únicamente por asignar más recursos, sino que éstos deben distribuirse y aplicarse de forma mucho más racional y eficiente, objetivo que no se puede lograr sin un abordaje de la transformación de la provisión de los servicios o cambios en las fórmulas de prestación de éstos.

La transformación en la prestación de servicios implica buscar la implantación de la Triple Meta en cada nivel del sistema sanitario y en cada intervención que se lleve a cabo. Más concretamente, esta transformación va a requerir (y de hecho ya se está aplicando en diversas áreas de servicio como, por ejemplo, en la de la patología cardiovascular), un desplazamiento progresivo de la actividad de atención desde el nivel hospitalario hacia el nivel comunitario, el de atención primaria y el domicilio del paciente. Con esta estrategia se consigue disminuir el número de hospitalizaciones y de reingresos, a la par que se están identificando nuevas formas de gestionar la enfermedad. Así, por un lado, el impacto que tiene esta fórmula en la gestión de los hospitales es el logro de una mayor eficiencia interna, de la utilización de tratamientos de menor coste y la reducción de eventos adversos, ya que hay menos ingresos y los pacientes complejos que deben hacerlos son mejor gestionados. Por el otro lado, desde la óptica de la Atención Primaria se logra un mayor índice de prevención de la patología, una elevada tasa de detección temprana, una mayor eficacia interna, una reducción de pruebas y derivaciones innecesarias, una disminución de las visitas a Urgencias y, en definitiva, la utilización de estructuras menos caras.

En el caso del sobrepeso y la obesidad se puede implementar una estrategia similar y, posiblemente, muchos pacientes de estas patologías ya se estén beneficiando indirectamente de esta transformación por causa de alguna o varias de

sus concomitancias. No obstante, para que en España se logre una mejor provisión de atención al colectivo afectado, sería deseable contar con un apartado de atención específico para este segmento de la población, al estilo de lo que se ha comentado anteriormente en cuanto al sistema de cita compartida, cuyos resultados revertirían en la mejora de las concomitancias y su prevención y no al contrario. Muchos especialistas advierten de que la obesidad no se puede tratar en general y que cada paciente suele necesitar un tratamiento particular, aunque su problema tenga puntos en común con el de otros pacientes. Los tratamientos especializados para personas con sobrepeso u obesidad deben hacerse siempre bajo control médico y, en opinión de la mayoría de los especialistas, integrado dentro de un programa multidisciplinar que permita individualizar la pauta alimentaria pero también dar soporte al paciente en aspectos conductuales, psicológicos y de otros tipos.

Lógicamente, una transformación de este tipo está implicando cambios tanto en la asignación de recursos como en el modelo de financiación de la sanidad. Así, cualquier cambio en la provisión de servicios no es posible sin una modificación paralela de su financiación. Ahora bien, dicha modificación debe basarse especialmente en el apartado de resultados y en el de valor de la provisión del servicio en el sentido de que se garantice el continuo de atención de cada paciente según sea su problema de salud y necesidades. La racionalización de la provisión de servicios revierte en una mejor calidad en los procesos, en una mayor seguridad, en la proporción de atención integrada y, consecuentemente mejor coordinada y coste-efectiva.

Uno de los principales elementos que alientan la fragmentación asistencial es una mala asignación de recursos. Los sistemas de pago que se vienen aplicando tradicionalmente resultan en una incentivación de la actividad asistencial, lo cual no favorece el aumento de la mejora en resultados de salud: eso es lo que se desprende de la mayoría de los estudios que hay sobre este tema. Sin embargo, realizar la transformación desde un pago por actividad hacia una asignación de los recursos en función del valor va a requerir tiempo. Este progreso se puede dar siempre y cuando se progrese de forma paralela en cuanto a disponibilidad y transparencia de la información y datos necesarios, así como en la medición y en la comparación de los indicadores que midan realmente el valor de la atención.

A todo ello hay que añadir que todos los cambios que se están fraguando tanto en el plano de la provisión como en de financiación y asignación de recursos

van a tener y ya tienen en algunos casos, un impacto en todos los agentes del sistema: los planificadores y financiadores, los directivos, los profesionales sanitarios, los sindicatos, las industrias relacionadas, las universidades, el farmacéutico comunitario y hospitalario, los laboratorios, y otros.

Como ya se ha comentado anteriormente, el colectivo de directivos senior es uno de los primeros en notar ese impacto, ya que, a pesar de ser conscientes de la necesidad y urgencia de abordar la transformación, sólo lo pueden llevar a cabo gestionando una doble agenda: la de seguimiento de la transformación progresiva del sistema a gran escala y la del abordaje relativamente rápido de aquello que es más urgente cambiar. El rol de los gestores dará paso gradualmente a un rol de liderazgo transformador en el cual estos directivos van a desarrollar habilidades de coordinación de diferentes agentes a la vez que adquieren nuevas capacidades como la de delegación de poder en los profesionales. Precisamente, éstos últimos están llamados a ser los actores principales del proceso de cambio porque son los que trabajan sobre el terreno y los que van tomando las decisiones acerca de qué hay que hacer y cómo hay que hacerlo para generar procesos de servicio alineados con los objetivos de la Triple Meta. Las experiencias documentadas en otros países y lo que se va haciendo en España progresivamente, indican que, a mayor participación de los profesionales en este proceso, mejores resultados se están obteniendo en productividad, calidad, seguridad y salud (50).

En España, desde principios del nuevo siglo se ha apostado fuertemente por las medidas preventivas del sobrepeso y la obesidad, mientras que la organización de procesos asistenciales específicos está requiriendo de más tiempo debido al estatus actual de la patología y, también, debido a la propia actitud de gran parte de la población afectada, que no se ha concienciado suficientemente y con la urgencia que ya requiere el problema, habiéndose llegado a unos datos de prevalencia y proyecciones de datos tan preocupantes que, finalmente, están alentando intervenciones más comprometidas.

En el ámbito de la prevención, existen numerosos programas, algunos de los cuales han sido adoptados por diversas comunidades autónomas simultáneamente. El Proyecto PERSEO (programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio, contra la Obesidad) por ejemplo, es uno de los de mayor recorrido. Se trata de un proyecto que nació hacia el año 2004 como una iniciativa del Ministerio de Sanidad en conjunción con el Ministerio de Educación, Cultura y deporte, orientado a la promoción de la alimentación y de la actividad física

saludable específicamente en la escuela para niños de 6 a 10 años. Se despliega a través de un conjunto de intervenciones sencillas en los centros escolares con el objetivo de promover hábitos de vida saludables entre los alumnos, implicando también a las familias y actuando simultáneamente sobre el comedor y el entorno escolar para facilitar la elección de las opciones más sanas. Promueve la escuela activa con una llamada a la actividad física a través de propuestas innovadoras para realizarla tanto dentro del horario escolar como fuera de él. En el año 2015 estaban adheridas al programa las siguientes autonomías: Andalucía, Canarias, Castilla y León, Ceuta, Extremadura, Galicia, Melilla y Murcia. El programa sigue activo, pero no se ha extendido a todas las autonomías. El resto desarrolla sus propios proyectos y programas de prevención de la obesidad infantil.

También es de obligada mención la Estrategia NAOS, comentada a lo largo del informe en múltiples ocasiones y que, desde el año 2008, trabaja coordinadamente con las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas a través de un grupo de trabajo de carácter técnico, en el marco de las competencias de cada una de las Administraciones. Dicho grupo también se coordina con los ministerios y consejerías correspondientes de Agricultura y de Educación cuando se abordan asuntos que les competen. NAOS ha desarrollado múltiples acciones conjuntas sobre temas derivados de la Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición, de programas de promoción de la alimentación saludable, de nutrición, o de actividad física para la prevención de la obesidad y/o el fomento de hábitos saludables o de líneas de acción europeas, y otras iniciativas sobre las que se evidencia la necesidad de consenso o de criterios comunes para facilitar una mejor aplicación o desarrollo y de forma más homogénea en el territorio español.

Así, analizando la existencia de estrategias que ha implantado cada portal autonómico para expresar su forma de combatir el sobrepeso y la obesidad, casi todas las referencias que se hallan guardan relación con la estrategia NAOS de una forma u otra, y también con la Triple Meta. Por ejemplo:

En el portal de salud de Andalucía, se puede hallar información acerca de diversas actuaciones tales como el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía y sus derivaciones; acerca de investigaciones realizadas en torno a esta patología y otros documentos, pero no cuenta con una sección destacada relacionada con la prevención a gran escala o con explicaciones acerca de cuáles son las posibilidades de tratamiento dentro del sistema sanitario en la región.

En el portal de salud de Asturias destaca un apartado dedicado a los estilos de vida saludable, en cuyo interior se hallan diversos documentos informativos y educativos acerca de alimentación, actividad física y similares.

En Aragón se implantó la Estrategia de Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludables el año 2013, definida como un proyecto que quiere reducir los índices de sobrepeso, la obesidad y sobre todo fomentar la alimentación sana y la actividad física en dicha comunidad autónoma.

El portal de salud de la Islas Baleares también cuenta con un amplio apartado dedicado a la alimentación saludable y la vida activa. En las Islas está trabajando el grupo de la Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa e-ALVAC promovido por la Direcció General de Salut Pública i Consum de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social de les Illes Balears con una nueva visión de la salud pública enfocada a prevenir y controlar la obesidad y las enfermedades asociadas. La estrategia balear se alinea claramente con los objetivos de la Triple Meta al declarar que persigue tener impacto en el conjunto de la población y en grupos de población específicos a base de: combinar los esfuerzos de todos los socios estratégicos; promover y facilitar el partenariado con todos los grupos de interés implicados; reducir las desigualdades en salud actuando en grupos desfavorecidos; conseguir las capacidades necesarias para lograr el éxito; basarse en intervenciones de evidencia científica demostrada y reconocer la necesidad de innovar, investigar, evaluar y tener continuidad a lo largo del tiempo. Asimismo, en las líneas de esta estrategia se proclama que “los esfuerzos para lograr cambios de comportamiento son más efectivos cuando se actúa a diferentes niveles: sociedad, instituciones, organizaciones y grupos de interés. Las iniciativas para prevenir la obesidad requieren un esfuerzo de los grupos de interés implicados y muchos colaboradores. La Dirección General de Salud Pública y Consumo provee el liderazgo de esta estrategia en colaboración con otras Instituciones implicadas: Consejerías de Educación, Trabajo, Juventud, Deportes, Consells y Ayuntamientos, las redes ciudadanas, sociales y empresariales así como los servicios sanitarios, las sociedades científicas y asociaciones de enfermos que contribuyen desarrollando políticas efectivas de apoyo a esta estrategia y ayudando a implementarla de manera efectiva dentro de nuestra comunidad”. El amplio apartado dedicado a esta estrategia finaliza con un punto que forma parte claramente de la implantación de un modelo Triple Meta: la Dirección General de Salud Pública y Consumo tiene la responsabilidad de vigilar, evaluar y medir el impacto de los objetivos planteados en la estrategia, compartir los éxitos y las lecciones aprendidas y comunicar los resultados a todos los actores implicados.

El portal de salud canario ofrece un apartado denominado “Promocionar la Salud: el arte de despertar el gusto por la vida”. Desde este punto se accede a un epígrafe dedicado a la alimentación y prevención de la obesidad, que se ramifica en los distintos programas y proyectos que están en marcha en torno a este tema, tales como el Proyecto Delta (ya finalizado), el Proyecto Aladino en Canarias, intervenciones en comedores escolares, el Plan de Consumo de Frutas y Verduras, el Plan sobre Lactancia Materna y el Programa ALIPA, cuyos objetivos son los de actuar sobre los factores educacionales de la obesidad en la edad infantil: alimentación y actividad física; educar a los adultos en alimentación saludable y actividad física; capacitar a la población en general para que sean autosuficientes en materia de alimentación saludable y capacitar a la población para elaborar sus comidas partiendo de los alimentos básicos.

En Cantabria, el año 2014, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, a través de la Dirección General de Salud Pública, y el Colegio de Farmacéuticos de Cantabria se unieron para poner en marcha una campaña de información sobre la alimentación saludable. Se hizo a través de las oficinas de farmacia que facilitaron la guía ‘Comer sano y sentirse bien’ elaborada por Salud Pública, de la que se editaron 5.000 ejemplares, y que sirvieron para orientar a los ciudadanos sobre cómo conseguir una alimentación variada y equilibrada. Esta comunidad autónoma, al igual que las demás, también ha desarrollado muchas otras iniciativas dentro de la estrategia NAOS.

En Castilla y León, el portal destaca en primera plana el aula de pacientes, definido como “un espacio de participación que, a través de información objetiva y veraz, se orienta a promover estilos de vida saludables, prevenir la enfermedad y apoyar a los pacientes crónicos en el cuidado de su propia salud”. Sin embargo, en el subapartado de enfermedades de este espacio, no figuran el sobrepeso y la obesidad en la lista principal. En cambio, sí que se puso en marcha el Proyecto Paciente Activo en Diabetes tipo 2 de Castilla y León, que es un programa de formación para pacientes en el autocuidado de su enfermedad y que se empezó a desarrollar en febrero de 2014. Se trata de una intervención educativa para aumentar las habilidades y la confianza del paciente y mejorar el manejo de su enfermedad. El objetivo es potenciar el rol del paciente como principal responsable del cuidado de su salud. Se pretende fomentar el autocuidado y formar sobre las conductas saludables y positivas, utilizando el apoyo “entre iguales”, pero con el asesoramiento y la supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano. Para ello, se tomó como referencia el Programa “Paciente Experto” de la Universidad de los Pacientes, que sigue el modelo desarrollado

por el Patient Education Research Center de la Universidad de Stanford, pero con adaptaciones del modelo a Castilla y León. El proyecto se ha ido implementando de forma progresiva en sus diferentes fases que han consistido en la formación de los profesionales sanitarios, formación a pacientes activos formadores y finalmente, formación a personas con diabetes tipo 2. En el aula del paciente activo también hay un amplio apartado dedicado a actividad física, pero no se menciona de forma específica el tema de la obesidad. Teniendo el referente de la diabetes 2, en esta comunidad autónoma no debería ser especialmente dificultoso diseñar y poner en marcha el mismo tipo de iniciativa para pacientes con obesidad o incluso ampliar la atención a éstos si muchos de los pacientes con diabetes 2 dan el perfil.

En Castilla La Mancha, en 2018, el consejero de Educación, Cultura y Deportes, Ángel Felpeto, remarcó el compromiso del Gobierno regional con el fomento del deporte en Castilla-La Mancha, el deporte escolar, el deporte inclusivo y el deporte alejado de los prejuicios de género y reconoció que “la cultura deportiva de nuestra tierra es clave para prevenir el sedentarismo y la obesidad”. En 2019, un gran número de centros escolares de la región participan en la iniciativa ‘Castilla-La Mancha viaja a la luna’. Esta actividad, forma parte de la Estrategia para la Prevención del Sedentarismo y la Obesidad y consiste en que los escolares de Infantil, Primaria y Secundaria de la región tendrán que recorrer entre todos 384.400 kilómetros, la distancia que separa Castilla-La Mancha de la luna.

El portal de salud de Cataluña muestra un diagrama de la Triple Meta junto a la información del Plan de Salud vigente que es el que corresponde al período 2016-2020. Por consiguiente, su estructura y objetivos se alinean con esta estrategia de forma clara. Las actuaciones que propone el Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 se estructuran en cuatro ejes que resumen el espíritu de la Triple Meta como son: el compromiso y participación de los ciudadanos y de los profesionales, para empoderarse en cuanto a mejorar la salud y el sistema sanitario; la atención de calidad, con unos servicios accesibles, resolutivos e integrados; el buen gobierno, que potencie la evaluación y la transparencia, garantice la seguridad, incorpore la investigación en salud y se adapte a las necesidades de los territorios; la salud en todas las políticas, que refuerza el trabajo intersectorial e interdepartamental que garantice la equidad en salud. En el conjunto de las propuestas del Plan de Salud se priorizan las siguientes áreas de salud: el cáncer, las enfermedades del aparato circulatorio, tanto en la vertiente cardiovascular como en la cerebrovascular, las enfermedades del aparato respiratorio, la salud mental y las adicciones, las personas mayores y la discapacidad, las enferme-

dades del aparato locomotor, las enfermedades transmisibles, la vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia, y las enfermedades minoritarias. La obesidad no se desarrolla en la información básica acerca del Plan. Si la asociamos con la provisión de servicios a pacientes crónicos, la conclusión a extraer es que se está trabajando para el logro de un tipo de atención integrada y multidisciplinar, al estilo de lo visto en otras autonomías. El portal lo expresa de esta forma: “en el marco de la atención continuada y la cronicidad, hay que potenciar que las personas reciban atención de acuerdo con sus necesidades, en el momento adecuado y adaptada a las diferentes situaciones y delimitaciones territoriales. La respuesta asistencial debe ser aún más eficaz y desde un enfoque asistencial compartido y colaborativo entre profesionales y organizaciones”.

El portal de salud de la Comunidad Valenciana ofrece una herramienta denominada Paciente Activo (Pacient Actiu). Por consiguiente, en esta comunidad se enfatiza el progreso en el autocuidado como forma de mejorar la atención de pacientes crónicos, estrategia que también impacta ni que sea de forma indirecta a los que tienen problemas de sobrepeso u obesidad. En el portal, se especifica que las personas que padecen alguna enfermedad crónica probablemente visiten varias veces al año a un profesional sanitario para el seguimiento de su enfermedad. Sin embargo, señala el portal, se ven en la necesidad de tomar a diario decisiones sobre su propio cuidado. La educación de los pacientes para el autocuidado se convierte en una herramienta fundamental en el contexto de las enfermedades crónicas. Ser un paciente activo supone estar capacitado para comprender y manejar su enfermedad, complementando así la labor de los profesionales sanitarios. El Programa Paciente Activo ofrece apoyo a las personas con alguna enfermedad crónica, para que adquieran un mejor autocuidado de su salud. Se desarrolla mediante talleres periódicamente programados que imparten otras personas afectadas por enfermedades crónicas, que han sido formadas y acreditadas por la Universidad de Stanford de EE. UU.. De clara inspiración en experiencias de cita compartida, la Comunidad Valenciana se aproxima de esta forma a algunas posibilidades de atención que entran en la esfera de la Triple Meta. Sin embargo, en el portal se hace referencia a los pacientes crónicos en general, no habiendo alusiones específicas acerca de los que padecen sobrepeso u obesidad. En el portal valenciano hay enlaces a otras escuelas de pacientes de otras comunidades autónomas, por lo que se trata de una práctica extendida al menos a Andalucía, Asturias, Galicia, Castilla y León y el País Vasco. Finalmente, el portal valenciano muestra apartados relacionados con la prevención del sobrepeso y la obesidad tales como los de actividad física, alimentación, empresas y salud, bienestar emocional y salud infantil.

En Extremadura están en marcha diversos planes estratégicos. Entre ellos destaca la Estrategia de prevención y atención a personas con enfermedades crónicas en Extremadura 2017-2022, diseñada como un proceso participativo entre la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, el SES y el SEPAD, con el objetivo de poner de manifiesto los ajustes que el sistema sanitario precisa para dar respuesta a las necesidades de cuidados de los ciudadanos extremeños debido a los cambios demográficos acaecidos y al aumento y complejidad de enfermedades crónicas que estos cambios conllevan. El portal también ofrece folletos informativos acerca de la prevención de la obesidad, de ésta en conjunción con la diabetes y, finalmente, enfocada a la contención del problema en la población infantil.

El portal de salud de Galicia ofrece un amplio apartado dedicado a los estilos de vida saludables donde se incluye toda la información acerca de la obesidad, las iniciativas que se han desarrollado y se desarrollan en torno a su prevención, destacando entre ellas la implantación del Plan XERMOLA enfocado a la población infantil.

En la Comunidad de Madrid, el portal de salud ofrece amplia información sobre hábitos saludables incluyendo aquellos que atañen a la vida laboral. El usuario puede consultar las estrategias a seguir en el portal y también pedir información directa a través de un servicio de correo electrónico: vidasaludable@salud.madrid.org. También hay una página dedicada a la obesidad donde hay mucha información acerca de los estudios que se están llevando a cabo en el ámbito de la obesidad, opciones de atención hospitalaria en caso de necesidad de intervención y otros temas. Por ejemplo, en Julio de 2018, aparecía esta información en el portal: “El Servicio de Medicina Digestiva del Hospital Universitario de Getafe ha realizado por primera vez una técnica endoscópica novedosa en dos pacientes con obesidad mórbida. Se trata de un procedimiento de reducción endoscópica de la cirugía de la obesidad (RECO) que ayuda a perder peso a aquellos pacientes que fueron sometidos a bypass gástrico (la operación más común) como tratamiento de la obesidad y que, con el tiempo, han recuperado parte del peso perdido”. Asimismo, Madrid hace patente su compromiso con la implantación de la Triple Meta con esta otra noticia aparecida en varios hospitales, como por ejemplo el Gregorio Marañón cuyo Servicio de Endocrinología y Nutrición ofrece servicio de tratamiento de obesidad mórbida y está trabajando en la oferta de un servicio integrado a los pacientes. La Comunidad de Madrid es la que, al menos a efectos de información sobre el sobrepeso y la obesidad a través de Internet aparece como la más activa entre las que componen nuestro país.

El portal de salud de la región de Murcia dispone de un amplio apartado denominado Servicio de Promoción de la Educación para la Salud. Asimismo, se puede hallar la información relativa a diferentes acciones que se han tomado desde el año 2004 en adelante en relación con la prevención y atención de la obesidad, entre las que destaca la campaña de publicidad sobre Prevención de la Obesidad Infantil implantada alrededor del año 2006. También es interesante la creación y aprobación de una app de Salud para combatir el sobrepeso infantil, que logró tener el aval científico de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad.

El portal de salud de Navarra dedica un apartado a estilos de vida, en el cual se proporciona información sobre alimentación, mantenimiento físico y otros aspectos relacionados con la prevención del sobrepeso y la obesidad, todo ello integrado en el Plan Estratégico de Promoción de la Salud de esta comunidad autónoma.

El portal de salud del País Vasco destaca en portada la Estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil en Euskadi presentado en febrero de 2019, así como un documento que contiene 35 acciones concretas para reforzar la Atención Primaria en Euskadi, que pasan por aumentar los recursos personales y materiales, disminuir las tareas burocráticas de equipos médicos o incrementar la capacidad resolutoria del personal médico y de enfermería, todo en la línea de la Triple Meta y que, de alguna forma impactará en una mejor atención a los pacientes con obesidad. En el apartado de noticias acerca de esta patología, destaca la información de la evolución de esta y las medidas de prevención que se están adoptando progresivamente.

El portal de salud de La Rioja, al igual que la mayoría, ofrece un apartado dedicado a la vida saludable que pone el acento en proporcionar información acerca de llevar una vida sana y activa. La Rioja ha culminado recientemente la incorporación progresiva a su cartera de servicios del tratamiento integral y multidisciplinar de la obesidad mediante cirugía bariátrica, un conjunto de intervenciones mínimamente invasivas dirigidas al tratamiento de la obesidad. Asimismo, el portal dispone de un amplio apartado donde se recogen las noticias relacionadas con el progreso en atención e investigación en relación con la obesidad, ya sea de forma directa o indirecta.

Finalmente, los portales de salud de Ceuta y Melilla, también cuentan con apartados sobre promoción de vida saludable y consejos para la población acerca

de buenos hábitos alimentarios y de realización de ejercicio. La obesidad está contemplada en la cartera de servicios como atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes junto a la diabetes, la hipertensión y resto de patologías que derivan en crónicas con gran frecuencia.

En conclusión, en España no se ha implantado un programa homogéneo de prevención y atención al paciente con sobrepeso u obesidad, aunque en todos los territorios se ha desarrollado algún tipo de estrategia. Los diseños de las acciones más avanzadas siguen claramente las directrices de la Triple Meta y todo parece apuntar a que, en el futuro, si cambia el estatus de esta patología, su atención se llevará a cabo mayoritariamente desde programas multicomponentes llevados a cabo por profesionales con formación previa, con participación de la familia (especialmente en el caso de niños y adolescentes), y que aborde aspectos conductuales, individuales y sociodemográficos. La falta de adherencia es uno de los motivos de fracaso de las intervenciones y el trabajo en grupo es mucho más motivador para conseguirla. Sería necesario mejorar y homogeneizar los criterios de diagnóstico, las medidas de resultados y los criterios de derivación. Cuando una persona padece sobrepeso u obesidad y logra entrar en la senda de la pérdida de peso, se producen una serie de reacciones debido a cambios en las hormonas reguladoras del apetito, que incrementan la sensación de hambre, al menos hasta tres años. Adicionalmente, en estos casos se produce también una disminución constante del gasto de energía, lo cual dificulta el propio mantenimiento de la pérdida de peso (25). Todos estos problemas son más llevaderos si se comparten con otros pacientes y con profesionales preparados para paliar su impacto.

SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS CUALITATIVO

1. Justificación y objetivo

Los datos epidemiológicos y procedentes de los diversos estudios que se han incluido en este informe justifican la preocupación en torno a la mejora de la situación del amplio colectivo afectado por problemas de sobrepeso y obesidad en España, al igual que en la mayoría de los países del mundo. Sin embargo, la disposición de información y datos en el ámbito de la salud adolece habitualmente de un retardo superior a un año que, en el caso de muchos indicadores, se convierte en lapsos que pueden incluso superar los tres años. Este es uno de los motivos por los cuales, al elaborar un informe crítico de situación como el presente, es imprescindible aplicar una metodología que permita, cuando menos, establecer una aproximación al estado actual de los aspectos más críticos del problema en estudio, a través de la opinión de agentes especializados e involucrados en el escenario objetivo.

Adicionalmente, la celebración de este grupo de discusión se justifica también debido a la existencia de notables controversias que se vienen generando desde hace años en torno a la consideración y gestión sanitaria de las patologías de sobrepeso y obesidad. En este sentido se ha pretendido determinar si, en lo que atañe a España, el sistema nacional de salud, aunque sea de forma tácita, ha adoptado las consignas necesarias para atender a la población que padece sobrepeso u obesidad al mismo nivel que se atienden las patologías oficialmente cubiertas por este, y cuál es la situación percibida en torno a esta gestión por parte de los especialistas.

2. Método

El método de recogida de información de esta parte del estudio ha consistido en la organización y celebración de un grupo de discusión. Así, el 19 de junio de 2019, se llevó a cabo una sesión única de dos horas y media (de 16:30 a 19:00) de duración en dependencias de la Universidad Rey Juan Carlos en Madrid. Los expertos que participaron en el grupo recibieron previamente la primera parte del presente informe, así como el listado de preguntas a debatir en la discusión. Las preguntas fueron confeccionadas tras la redacción y revisión de la primera parte del informe, habiendo intervenido en su redacción y selección los investigadores de este estudio.

El conductor de la sesión fue el Dr. Juan del Llano director de la Fundación Gaspar Casal, mientras que el Sr. Jordi Gol-Montserrat actuó como secretario y la Dra. Alicia Coduras, coautora del informe, atendió en calidad de observadora. La sesión fue grabada, transcrita y sus literales remitidos a los panelistas para su aprobación. El análisis del discurso fue liderado por la Dra. Coduras bajo la dirección del Dr. Juan del Llano y con la colaboración del Sr. Jordi Gol-Montserrat.

Los participantes en la sesión fueron:

- Dr. Miguel Javier Rodríguez. Director Gerente del Hospital Universitario Cabueñes/Gijón en el momento de la entrevista y actualmente Consejero de Sanidad de Cantabria.
- Dr. Juan Camuñas. Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- Dra. Irene Bretón. Médico Adjunto de Endocrinología y Nutrición del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, y presidente de la SEEN.
- Dr. Francisco Tinahones. Director UGCI de Endocrinología y Nutrición del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga y presidente de la SEEDO.
- Dr. Ernesto López. Psicólogo clínico y médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Excoordinador de proyectos en la Dirección General de calidad y atención al Ciudadano del Ayuntamiento de Madrid.
- Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo. Catedrático de Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid. Presidente del Observatorio de la Nutrición y Estudios de la Obesidad del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Dr. Juan Manuel Cabasés. Economista de la salud; Catedrático de Economía Aplicada en la Universidad Pública de Navarra.

Las preguntas expuestas a debate y que sirvieron como hilo conductor de la sesión fueron, por orden de desarrollo:

1. ¿Hay datos suficientes para conocer la carga epidemiológica y económica de la obesidad en España?
2. La OMS categoriza en el CIE-10 (capítulo IV) como enfermedad a la obesidad (E-66):
 - ¿Cómo trasladar esta observación a la Dirección General de Cartera de Servicios del MSCBS?
 - ¿Creen ustedes que la mayoría de los médicos consideran la obesidad como una enfermedad (y en tal caso, así se codifica)? ¿o sólo diagnostican sus comorbilidades (DM2, enfermedades cardiovasculares, etc.)?
3. Si pasa a ser una prestación cubierta, ¿cómo organizamos su atención sanitaria (Atención Primaria – Atención Especializada)?
4. ¿Trabajan los endocrinólogos con equipos multidisciplinares? ¿Cuáles son las principales carencias actualmente? ¿Qué más profesionales habría que incorporar (cirujanos, psicólogos conductuales, etc.)?

5. ¿Qué soluciones propone la industria farmacéutica en el tratamiento de la obesidad? Tal y como está la situación del problema en España, sin que la obesidad sea considerada una enfermedad, ¿qué accesibilidad tienen los pacientes a los tratamientos farmacológicos? ¿es adecuado el estado de este apartado?
6. ¿Hay responsabilidad de la industria alimentaria en el crecimiento del problema?
7. ¿Ven aplicable el enfoque triple meta para el manejo de la obesidad en España?
8. ¿Por qué tanta disparidad en los datos de sobrepeso y obesidad de la OMS (pg. 7 del Resumen Ejecutivo) y del INCLASS (página 9 y siguientes)? ¿Puede tener algo que ver la sobre codificación de las comorbilidades y la infra codificación de la obesidad?

El cuestionario se utilizó como guion para estructurar la reunión de forma fiel y no se abandonó el orden en ningún momento: el discurso se produjo de forma fluida en torno a cada tema y todos ellos fueron enlazando de manera natural. Todas las conversaciones resultantes fueron grabadas para la realización de su análisis posterior, con el objetivo de registrar cada una de las posturas, ideas y conceptos de los panelistas participantes. A partir del análisis, también se plantean más adelante una serie de conclusiones, que complementan a las derivadas del estudio cuantitativo de la información y que sirven de base potencial para el diseño de acciones futuras de corte institucional si las hubiera.

3. Análisis del discurso del grupo de discusión

La sesión arrancó con la primera pregunta de la lista propuesta:

¿Hay datos suficientes para conocer la carga epidemiológica y económica de la obesidad en España?

La existencia de datos sobre indicadores relacionados con el sobrepeso y la obesidad es, aparentemente, muy amplia e incluso abrumadora. No obstante, inmediatamente surgen cuestionamientos en torno a esta información, entre los cuales destacan:

La calidad: la mayoría de los indicadores directos de prevalencia se calculan a partir de datos de encuestas de salud y no de registros sistemáticos, lo cual puede ser un problema importante porque la metodología está condicionando

en algún grado la calidad de las cifras obtenidas y las conclusiones que de ellas puedan derivarse. Si el IMC se toma como unidad principal de medida para establecer si una persona tiene sobrepeso u obesidad, es importante tener en cuenta que la medición proporcionada mediante entrevista personal, donde se pregunta el peso y la altura, tiene gran probabilidad de ser una aproximación no exenta de subjetividad al constituir un dato aportado por el entrevistado y no el resultado de una medición clínica rigurosa.

La suficiencia: es un término relativo. Se puede disponer de una gran cantidad de información acerca de un tema o problema, pero es difícil que cubra todos los aspectos de este. Por ejemplo, en el caso del sobrepeso y la obesidad no hay datos generales sobre la carga de estas enfermedades en España. Los estudios deberían poder mostrar no sólo la existencia de un problema, sino su magnitud. Una estimación representativa de la distribución de la clasificación de los pacientes en los distintos estadios de las enfermedades es fundamental para calibrar a qué se enfrenta realmente el sistema sanitario, sus profesionales y la sociedad en general.

La carencia de un registro oficial de estas patologías de ámbito nacional: lo anterior, supone sacar a relucir el hecho de que no existe un registro oficial y coordinado de estas patologías que permita establecer objetivamente y caracterizar rigurosamente el estado de la población afectada en nuestro país y en los territorios que lo componen. Dada la elevada dimensión de la prevalencia general estimada de ambas patologías, se trata de un apartado importante a considerar en cuanto a su creación por parte de la autoridad sanitaria. Sin embargo, esta carencia también atañe a la representatividad de las estimaciones: dado que los datos provienen de respuestas de los entrevistados, aunque la muestra sea representativa de la población adulta española, se ha constatado que las mediciones proporcionadas por los entrevistados tienden a infra estimar la realidad, siendo especialmente inexactos los datos de talla (que se da como mayor de lo que es en una proporción significativa de casos), lo cual afecta directamente a la estimación de casos de sobrepeso y obesidad.

El uso del IMC como unidad base de medida para determinar si un sujeto padece o no sobrepeso u obesidad: actualmente persiste la discusión en torno a este indicador como referencia general, aunque sigue siendo, sin duda, el más utilizado. Investigaciones recientes están proponiendo alternativas, ninguna de las cuales ha sido todavía aceptada como sustitutiva del IMC, si bien, a raíz de este debate se ha perfeccionado el protocolo oficial de medición del IMC y los métodos e instrumentos para llevarlo a cabo. Así, actualmente, una medición

rigurosa debe contemplar el contorno de la cintura, además del peso y la altura, porque este dato permite no sólo determinar la existencia del problema, sino también su magnitud: los pacientes no pueden ni deben ser tratados como un colectivo homogéneo porque no lo son.

La necesidad de elaborar datos complementarios no epidemiológicos: las cifras de prevalencia constituyen sólo una parte de la información que proporciona, esencialmente, una estimación de la magnitud del problema. Sin embargo, para abordar soluciones, es imprescindible profundizar en el conocimiento de sus determinantes, incluyendo aspectos clave como son los estilos de vida de la población, las desigualdades en salud, el papel de la industria alimentaria, su regulación legal y la de distribución de los alimentos, la carga de estas patologías y su impacto en la vida laboral y personal, y todos aquellos aspectos que puedan influir en el desarrollo y atención de estas patologías. Analizar las posibles relaciones entre variables multisectoriales es importante para el establecimiento de estrategias de choque, ya que la información parcial se centra en puntos específicos cuando lo que parece ser necesario es una política ambiciosa que ofrezca soluciones de tipo mucho más global.

El desaprovechamiento de fuentes de datos ya existentes: tales como las que poseen empresas, colegios, médicos de cabecera y otras. Se trata de datos de talla, peso y otras variables que son tomados por apertura de fichas laborales, escolares, médicas y de otros tipos y que se quedan consignados dentro de ordenadores sin que sean aprovechados para la realización de estudios relacionados con el sobrepeso y la obesidad. El problema con estas bases de datos es que todas ellas representan a segmentos parciales de la población y que no se pueden utilizar como sustitutivo de las cifras oficiales actuales. Así, incluso en el caso de hablar de datos procedentes de registros de Atención Primaria, aunque las mediciones son correctas y mejores que las obtenidas a través de encuesta, el colectivo de referencia sólo representa a los pacientes que acuden al centro de salud con cierta regularidad. En realidad, una amplia proporción de la población no acude al centro de salud con regularidad y, muchas veces, cuando tiene un problema puntual lo soluciona acudiendo a urgencias. Esta amplia proporción de población no usuaria comprende, por descontado, pacientes que sufren de sobrepeso u obesidad, por lo que no es posible capturar nuestras representativas a partir de los registros de Atención Primaria. Lo mismo puede decirse de datos de empresas o de colegios: son representativos del colectivo de RRHH de la empresa o de los estudiantes de un colegio, pero no representan a la población activa o a la población infantil.

La falta de claridad en el análisis de los costes: los estudios existentes de carga y coste son escasos y adolecen de cierta falta de rigurosidad por centrarse en aspectos generales sin llegar muchas veces a lo particular. No se ha llegado a hacer un estudio en que se contemplen todas las comorbilidades, habiéndose detectado que la mayoría de las experiencias en este campo se enfocan a las más prevalentes. Así, por ejemplo, se echa de menos la medición de la apnea del sueño y su impacto en la vida cotidiana y en la laboral en términos de pérdida de productividad y el coste que todo ello representa. Asimismo, también se echa de menos la aplicación de la contabilidad analítica en el estudio de costes derivados del padecimiento de sobrepeso o de obesidad, de forma que se incluyan no sólo costes directos, sino también indirectos. Se dispone más de estimaciones que de mediciones reales, lo cual constituye una carencia desde el punto de vista de disposición de información y datos. No se dispone de estimaciones de coste privado derivado de la enfermedad, es decir, de lo que supone para el bolsillo de los pacientes. Tampoco hay estudios recientes y generalizados sobre el impacto de estas patologías en la productividad de la población activa trabajando en empresa privada, organismos públicos o como empresarios y autónomos. De igual forma, tampoco se ha analizado el impacto en el rendimiento escolar o académico. Se echa en falta una metodología estándar que exponga claramente cómo debe efectuarse una estimación realista de la carga y coste de estas patologías y su alcance, así como un listado de todos los costes y cargas implicados.

La postura del sistema de salud y de los agentes implicados en cuanto a la responsabilidad del paciente sobre su propia situación: por cuanto este punto condiciona en algún grado la percepción de la necesidad de disposición de datos para mejorar la gestión de este problema a medio y largo plazo. Al igual que en el caso del tabaquismo, el alcoholismo y otras patologías en que existe un elevado componente de voluntad de cambio de la situación por parte de la persona afectada, la obesidad genera posturas encontradas que van, desde el pleno reconocimiento de esta como una enfermedad, a otras en que sólo se la reconoce como un problema evitable cuyo desarrollo se produce mayormente por voluntad propia. Actualmente, el sistema sanitario español atiende a los pacientes con obesidad de forma tácita, pero no con los mismos estándares que otras enfermedades con una prevalencia incluso menor. Perfeccionar la información en torno a las características del colectivo afectado y sus necesidades es necesario para aumentar el grado de concienciación. En este sentido, los expertos han destacado que la obesidad no es como otras enfermedades. Revertirla no es sencillo, el riesgo de

recaída es importante y su control no depende exclusivamente del paciente en la mayoría de los casos.

Respuesta general a la primera pregunta: selección de comentarios

Dr. Juan Cabasés: “Hay datos abrumadores, pero, a mí, se me plantea una primera pregunta y es, si estos datos proceden, sobre todo, de encuestas, no tanto de registros. No tenemos suficientes registros de este problema. No sé si esto es un problema, para vosotros, importante. A mí me resulta un problema y de igual modo, viendo los estudios de coste -y los estudios de coste son muy, muy agregados- ... no he encontrado estudios que reflejasen el coste en España. Es decir, que, a la pregunta, de entrada, no me resulta fácil responder sí, claramente. Una segunda cuestión importante es la unidad de medida que utilizamos. Porque si utilizamos el IMC ¿cómo se calcula el IMC? Normalmente, hay un elemento subjetivo importante... información individual, personal a la hora de calcular el IMC... Es el propio individuo quien informa de cuánto mide y cuánto pesa especialmente en las encuestas, fuente habitual de información sobre el IMC. No estamos ante una variable registral como el nivel de colesterol. Además, hay discusión sobre si utilizar el IMC u otros indicadores, como el perímetro abdominal”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “En referencia a la pregunta, el término suficiente es siempre relativo. Yo diría que hay muchos datos, pero se necesitan más. Yo no hablaría del problema, sino de la magnitud del problema. En niños hay datos medidos procedentes de iniciativas desarrolladas en España, entre las cuales está el Estudio Aladino que efectuó una medición en un grupo concreto de edad. Y en adultos se dispone de datos reportados que infraestiman la magnitud del problema y sería importante pues, tener nuevos estudios que me digan, a partir del peso y talla de medida y también circunferencia de la cintura, al menos, la magnitud del problema. En cuanto a las tendencias del problema, yo diría, que se conocen mejor porque los datos reportados son más útiles... y que, lo que sabemos es que, si bien, el problema sigue muy alto pues, si no crece o, desde luego, no crece a la misma velocidad que lo hacía en los últimos años y que, al igual, que en otros países pues, la epidemia está, más o menos, estabilizada... sin que eso no quiera decir que pueda volver a crecer. En cuanto al impacto del problema sobre tres variables de salud, aquí hay estudios concretos, pero, a nivel poblacional, no se sabe... precisamente, pone de manifiesto que una de las cosas en las que peor puntúa España en relación a otros países... es precisamente la elevada magnitud de la obesidad junto al tabaquismo y algún otro problema como el consumo excesivo de alcohol. Y

luego, por último, en términos de impacto económico ... sí que hay mucha más necesidad de conocer datos precisos, tanto de los determinantes del problema de la obesidad... se está mejorando los últimos tiempos. De hecho, en el observatorio del Ministerio se han incorporado nuevos indicadores sobre determinantes del problema de la obesidad, pero, hace falta bastante más información de los determinantes, de las políticas y de cómo estas políticas son más o menos eficaces”.

Dr. Ernesto López: “Estoy de acuerdo con lo que Juan Cabasés comentaba sobre los problemas de la medición. Suscribo también, lo que tú señalabas Fernando, en relación con los datos que tenemos por Aladino y un dato importante, respecto a los niños, para ver también, la magnitud del problema. De la magnitud más que de la carga también, un artículo, relativamente reciente, donde se señala que la probabilidad de llegar a ser adolescente obeso, siendo niño obeso es muy alta y, siendo adolescente obeso, adulto obeso es muy alta sin que, necesariamente, sea la cadena así. Pero, es un dato importante. También suscribo lo que Fernando señalaba respecto a los determinantes y yo añadiría, por mi parte, que aparte de los datos que podamos tener, que son muy explícitos, los que incluí en el informe... me indican la magnitud del problema. Pero, yo creo que, además de los datos referidos a la propia obesidad como tal, la obesidad es un estadio final de toda una cadena. Una cadena que empieza con los comportamientos y estilos de vida y terminan en la obesidad y en sobrepeso, ¿no? Y, por tanto, creo que, a la hora de recoger datos, con todas las dificultades que Juan Cabasés señalaba de la medición ... creo que hay que recoger otros datos. No solo el puro de la obesidad, de cuánto sobrepeso, es decir, así no. Justamente sobre los determinantes que tu señalabas y, por tanto, creo que hay que hacer una medición con perspectiva intersectorial y, por eso, hemos de recoger también, los datos de desigualdades en salud. Porque, sin duda alguna, la pobreza, que ha crecido en algunos sectores, está altamente relacionada con la obesidad. Por tanto, para entender las mediciones que hagamos de la obesidad, habrá que contemplarlas desde una perspectiva dinámica y, ahí Fernando, nos ilustra mucho más el tema de todos los determinantes y, por tanto, también, las desigualdades en salud. Como no, añadir datos recogidos sobre el papel que la industria alimentaria está teniendo. También datos sobre la regulación legal de la industria alimentaria y la regulación de la distribución de los alimentos. Y, por tanto, también, datos sobre los hábitos alimentarios, datos sobre el sedentarismo. Es decir, que no es solo la obesidad medida con índice de masa corporal, con todas las dificultades o la cintura abdominal, sino que, todos estos otros elementos que

habrá, también, que contemplar para ver la carga o, el impacto o, la gravedad del problema”.

Dr. Francisco Tinahones: “Tenemos algunos datos de estudios con datos autor referidos. Las encuestas autoreferidas infraestiman el problema y se cometen muchísimos errores a la hora de tomar datos como puede ser, la talla y el peso. Es curioso cuando uno ve el auto referido y comparar con el real, hay una elevación de estatura y un descenso de peso. Tendencia por tanto a infraestimar las tasas de obesidad. Normalmente los encuestados dan el peso, de los últimos seis meses, el más bajo que ha tenido. También tenemos estudios epidemiológicos con determinaciones de peso y talla, pero son los menos y algunos con defectos metodológicos. El problema es de tal magnitud, que habría que cuantificar y hacer un observatorio, de alguna forma, afrontar este problema con rigor. Con rigor y con un muestreo, haciendo medición real, porque una enfermedad que pueda afectar casi a la mitad de la población, si incluimos, obesidad y sobrepeso necesita ser monitorizada de forma continuada su prevalencia real y si no tenemos estos datos no vamos a saber si las intervenciones que estamos haciendo son eficaces o no son eficaces. Yo coincido con Fernando en que, probablemente, en la obesidad infantil haya habido un estancamiento. En obesidad en adultos, no lo tengo tan claro. Yo creo que habría que incidir en que es un problema ... de tal magnitud que requería rigor en la determinación. Y en cuanto a la aproximación económica del coste, la mayoría de los estudios de costes que se hacen, obvian algunas comorbilidades que tienen un coste brutal. Es decir, raramente, ve uno, estudios de costes que metan, por ejemplo, el de riesgo de cáncer. De hecho, en el cáncer de endometrio la obesidad es el factor de riesgo fundamental. Cirrosis hepática, trasplante hepático, la apnea del sueño, es decir, son patologías que, normalmente, no se incluyen en los estudios de coste. Y, claro, se infraestima de una forma brutal, la aproximación que se hace al coste real de la obesidad”.

Dra. Irene Bretón: “Sí, estoy de acuerdo con lo que se ha dicho anteriormente. Considero importante valorar estos dos aspectos: la magnitud y el coste. Y resulta fundamental disponer de datos, cuyo análisis ayudará a diseñar estrategias específicas. Tal como se hace en otros sectores. Deberíamos también poder evaluar los datos que ya están disponibles en distintos ámbitos. Por ejemplo, en todo el entorno laboral, muchas empresas tienen datos de peso y talla de sus empleados y de la prevalencia de distintas patologías. También en los colegios. O en el entorno sanitario, atención primaria etc. Estos datos, especialmente los del entorno laboral o el sanitario, están sesgados, pero su aná-

lisis puede resultar útil como información complementaria. Lo cierto es que lo más adecuado, como se ha comentado, es hacer un estudio específico, con un buen diseño, pero, también, sería una buena idea utilizar los datos que ya existen. Esta estrategia, en mi opinión, puede resultar interesante y útil y, además, nos permitiría identificar, la línea de lo que decía Ernesto, los factores que predisponen a la obesidad y cómo afectan a distintos individuos. Cuando hablamos del problema de la obesidad en España, como bien sabemos, su impacto es muy variable en diferentes personas, en diferentes entornos y a la hora de plantear una intervención, no se debería actuar de manera global sino incidiendo de manera diferente en los distintos grupos, dándole a cada uno lo que más necesita. Y luego, en cuanto a los costes, los estudios realizados, en general, evalúan dos o tres comorbilidades como carga de la obesidad. Pero, a modo de ejemplo, una patología asociada a la obesidad tan prevalente como la apnea del sueño, casi nunca aparece y condiciona un incremento de los costes sanitarios directos que, además, están cuantificados. En general, los costes asociados a la obesidad están estimados, hay pocos estudios que hayan utilizado los derivados de contabilidad analítica. No se ha medido de manera directa el coste asociado a la obesidad. Tampoco se ha tenido en cuenta toda la pérdida de productividad, los costes indirectos, que no son solo derivados de la atención sanitaria, sino en la pérdida de utilidad y la pérdida del poder adquisitivo. La información en este punto es más limitada pero algunos países, como Dinamarca, por ejemplo, sí disponen de datos. De acuerdo con lo que se ha comentado anteriormente, quería añadir que, con sus limitaciones, la evaluación de los datos que ya existen puede ser interesante”.

Dres. Ernesto López e Irene Bretón (diálogo): “Ernesto López añade a lo que Irene está señalando: Tenemos datos también en atención primaria. Se mide y se pesa a todos los pacientes. Las enfermeras o los enfermeros están midiendo. Habría que pedirle datos a atención primaria, y hacer una muestra de centros de salud, por ejemplo, y recibir información muy valiosa”. Irene: “En el hospital se criba a los pacientes, también están pesados en ingreso. Son datos que existen y no se manejan”. Ernesto: “Y es que no están sacados de encuestas. Están recogidos del paciente al que se le toca, se le mira, se le pesa y se le mide la cintura”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Al provenir de encuestas yo creo, que los datos están infraestimados y claro ... que el treinta y siete por ciento de la población española tenga sobrepeso y que un diecisiete tenga obesidad,

me parece una prevalencia tan enorme que no tengo ninguna duda de la magnitud epidemiológica del problema. A la luz de los datos que aporta el informe, discrepo de alguna de las cosas ... de que se ha conseguido controlar. A ver, en la población infantil es cierto que, a nivel global, no hay una variación sustancial, pero, sin embargo, los desagregados por comunidades autónomas ... hay comunidades autónomas con una variación del trescientos por cien. No es general, pero en algún caso de comunidad autónoma con una variación terrible entre los años 2014 al 2017 y que es tanto en sobrepeso como en obesidad. Es decir que, bueno, ... efectivamente, la cifra no cambia, pero, desagregado algunas comunidades, es terrible, los datos. Y luego, el tema de la carga económica ... cuando se dice en el informe, se estima un sobrecoste de dos mil millones de euros actualmente que, en el dos mil treinta será de tres mil millones. ¿Eso como se ha calculado? Porque claro nos parece, de entrada, un dato muy global, no sé cómo se ha hecho.”

Discusión en torno al tema de la estimación del coste de la enfermedad por parte del estudio publicado en 2018 en la Revista de Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología (SEC): “Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud” y en torno a los recursos alternativos de datos y mediciones reales.

Dr. Juan Cabasés: “El artículo es una revisión bibliográfica sistemática de 47 artículos para determinar la progresión de las prevalencias de sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida y del índice de masa corporal promedio entre 1987 y 2014 en la población adulta en España. Se estimaron así el número de casos y los costes previstos para 2030. No queda explicada suficientemente la metodología de estimación de las cifras, sorprendentemente tan redondas que hacen dudar de la metodología utilizada”.

Dr. Juan Camuñas: “Sí. Yo estoy de acuerdo con la mayor parte de vosotros. Creo que es difícil hacer una estimación real, pero, si es un gran problema de Salud Pública porque con un diecisiete con cuatro por ciento de obesidad estimada en España, supone seis millones y medio de personas de golpe y eso es una cifra muy relevante”.

En cuanto a la estimación económica, me pasa un poco lo mismo. Porque, realmente, es muy difícil cuantificar el costo directo, y hay además elemen-

tos que, no se miden, que también suponen dinero, por ejemplo, estos pacientes se financian ellos sus tratamientos, bueno pues, eso también habría que agregarlo y es difícilmente cuantificable porque no conocemos ni cifras estimadas.

La valoración del peso, talla y perímetro abdominal esto se hace en todos los ámbitos sanitarios (Centros de Atención 1ª, Centros de especialidades, hospitales) y, en casi todos, está recogido. Además, es una determinación sencilla, fácilmente homologable en casi todos los sitios y creo que quizá ... por ahí podríamos tener una idea, un poco, más real de por dónde está, de cuál es la incidencia aproximada”.

Dr. Francisco Tinahones: “Pero, esas mediciones que hacemos a población enferma no te dan la idea real del problema. Yo creo que hace falta un estudio epidemiológico para que, realmente, lo valoremos correctamente porque si no, el sesgo de la medición, en un hospital, es un sesgo muy importante”. Dra. Irene Bretón: “Por supuesto, son datos sesgados, especialmente si se utilizan los de la población enferma, Pero el análisis de los datos recogidos en otros sectores, como el ámbito laboral o escolar, puede resultar útil como información complementaria”.

Dr. Francisco Tinahones: “Sí, pero también, hay población que no se incluye que no va a los servicios de atención primaria, aunque tenga problemas de peso y, de hecho, pensando en la mayoría de los indicadores socio económicos, el estar en paro es un factor de riesgo muy importante para presentar obesidad, por tanto, la aproximación en la empresa provocaría un infra-registro. Yo creo que hace falta una aproximación rigurosa a ese tema”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Yo estoy de acuerdo con Francisco, hace falta un sistema de monitorización periódico, de base poblacional, basado en el peso, la talla y circunferencia del abdomen. Es cierto que los estudios en Atención Primaria y en Centros Clínicos son informativos, pero, siempre dejan fuera a una parte de la población que es diferente. Esa población que no va, resulta que al final está mejor porque tiene menos complicaciones. Y yo sí que creo, esto no es una cosa que se puede hacer todos los años, pero habrá que tener un sistema de base poblacional que monitorice el problema periódicamente, cada cinco o diez años”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Si recogéis además una muestra de usuarios de centros de salud, ¿no sería representativo?”

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: "... con mayor frecuencia de la verdadera, porque los que están sanos, van menos al centro de salud. Y ya que he hablado, simplemente manifestar una cierta discrepancia con uno de los estudios que se citan, reiteradamente en los documentos, que es el estudio, yo creo que, del año pasado, Revista Española de Cardiología donde se hacen unas proyecciones a lo largo de muchos años. Y el mensaje es clásico, es que hacer predicciones siempre es difícil, pero, mucho más cuando se trata del futuro. Nadie sabe cómo va a ser el mundo dentro de treinta años y además si tú haces proyecciones a partir de datos de los años ochenta, noventa, como hemos crecido mucho hasta el año dos mil, dos mil y pico pues la tendencia tiene mucha pendiente, con lo cual las proyecciones si todo se mantiene igual serán enormes. Entonces yo creo que es mejor no hacer predicciones. Aquí lo que hay que hacer es ocuparse de que esto no suba. Pero esas predicciones totalmente no están bien fundamentadas".

Dr. Ernesto López: "En todo caso, en relación con esto que señaláis, igual hay un aspecto que es colateral, pero que es importante también y es que estamos hablando de un problema que tiene que ver con un hábito consubstancial y necesario. No es algo ajeno, no es una infección, no es un germen. Es un problema derivado de algo que hacemos todos los días tres y cuatro veces... Yo veo que esto da la magnitud del problema le da un significado especial. Pasa lo mismo con los problemas derivados de las enfermedades de transmisión sexual ... porque la relación sexual no se elimina como una meningitis o una faringitis porque deriva de un hábito de todos los días. En relación con las predicciones, si esto deriva de los comportamientos y estilos de vida de una ingesta excesiva, de sedentarismo que crece, no hay que ser catastrofistas, pero, hay que pensar que aquello que deriva de un comportamiento que hacemos todos los días y que ha aumentado su carácter de riesgo para la obesidad ... yo creo que es importante tenerlo en cuenta, que no es una cosa exógena, una infección, un germen, sino que es algo de nuestro comportamiento de todos los días, habitual. Eso le da al problema una mayor significación e importancia me parece a mí. Como reflexión".

Dr. Juan Cabasés: "Si, se trata de lo que en Economía llamamos Modelos de Formación de Hábitos. El Modelo de Formación de Hábitos simplemente explica el consumo de un bien hoy depende del consumo realizado en periodos precedentes. Estos modelos se han desarrollado extensamente en ámbitos como el alcohol o el tabaco, y también ahora en la comida. Yo creo que este sería un buen punto de partida porque estos modelos permiten hacer predicciones interesantes mucho más finas y hacer sugerencias de política eficientes".

Dr. Ernesto López: “Se va comiendo más, no se va comiendo menos. Se va a más sedentarismo y no tal vez a menos. Digo, a debatirlo. ¿Se va comiendo más comida obesogénica?”

Dr. Juan Cabasés: “Así parece, al menos en ciertos grupos de población”.

Dra. Irene Bretón: “Eso sí, comida más obesogénica, no necesariamente más comida”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Pero globalmente ... no hay evidencia de que la dieta haya empeorado en la última década”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “¿Si usamos indicadores como número de gimnasios, por ejemplo? A mí me gustaría, perdonadme, un pelín más coger la parte económica, para pasar a la segunda pregunta- La parte económica yo creo que Juan Camuñas aparte del asunto de costes indirectos que ha citado Irene de manera muy pertinente, ha abordado algo Juan Cabasés, que es el bolsillo. Es decir, que aquí muchos de los obesos tienen que echar mano al bolsillo para irse al herbolario, a comprar no sé qué, o al gimnasio y pagar o irse a ingresar en el hotel en Marbella una semana como hace Vargas Llosa, en fin, todos esos costes indirectos, privados, es difícil de cuantificar entiendo, Juan, porque si no cuantificamos los directos ¿cómo vamos a cuantificar todos los indirectos? ¿Te parece que tienen suficiente relevancia como para ser tenidos en cuenta? Y quizá, Fernando, que este tipo de propuestas de registros y monitorizaciones continuas igual que se hace en un ensayo clínico con un cuaderno de recogida de datos, ¿que se hagan preguntas y también de la carga económica de lo que le supone al individuo la llevanza de este problema de salud?”

Dr. Juan Cabasés: “De acuerdo, yo creo que en la línea de Fernando habría que hacer monitorizaciones. Algunas veces, es más difícil, pero en los estudios de costes todavía no tenemos bien desarrollados los costes unitarios de la atención sanitaria, aunque hay avances notables en nuestro país. Ya podemos individualizar el coste de cualquier tratamiento que hacemos en el sistema sanitario en algunos ámbitos geográficos. Por su parte, la incorporación de costes indirectos siempre está sometida a debate porque plantea cuestiones de tipo ético, además de cuestiones prácticas de medición. Por ejemplo, hay controversia sobre si debe incluirse la capacidad de producción perdida. Por ejemplo, poblaciones que no trabajan, que no van a trabajar o que ya no trabajan. ¿Tiene sentido incorporarlos? ¿Cómo se cuantifica en estos casos, ¿por el coste del ocio? En fin, todas estas cuestiones

metodológicas hacen difícil la incorporación de algunos tipos de costes. Con respecto a los directos considero que cada vez hay más capacidad de medirlos, pero necesitamos un seguimiento ordenado, rutinario y esto hasta ahora no existe. Basta mirar ejemplos, pequeñas muestras de estudios que no nos permiten extrapolar valores. Quizás el problema sea que no sabemos si estamos hablando un problema de salud acotable como otros o de un factor de riesgo de muchas enfermedades”.

Dra. Irene Bretón: “Quería destacar, por otro lado, que la obesidad, siendo una enfermedad crónica, es diferente de otras patologías en cuanto al coste sanitario que general. es una enfermedad que condiciona un gasto sanitario relevante antes del diagnóstico y además de una manera irregular e intermitente. A la hora de evaluar la carga económica que supone la obesidad se debería tener en cuenta este hecho, que es una enfermedad crónica y que el gasto no es un gasto continuo. Por ejemplo, el diagnóstico de una enfermedad asociada como la apnea obstructiva del sueño condiciona un incremento del gasto en ese momento, que continúa de manera crónica”.

Dr. Francisco Tinahones: “Luego hay otra pregunta que podemos incidir en lo que tú acabas de comentar, Ernesto. Eso de ligar la obesidad exclusivamente al estilo de vida como si el sujeto fuera el único culpable, no estoy de acuerdo. Si culpabilizamos al sujeto de su obesidad porque lleva un mal estilo de vida, pues entonces podríamos culpar al sujeto casi de todas sus enfermedades. Del cáncer de colón porque no toma la fibra suficiente, de cáncer de piel porque no se pone protección. Y, sin embargo, la obesidad está contextualizada en un espacio donde se culpabiliza al paciente, La mayoría de los sistemas sanitarios la consideran una enfermedad, pero la mayoría de los sistemas sanitarios no ofertan nada al paciente con obesidad... Y claro, ahí está un mercado que sabe que hay negocio y vienen las dietas milagro, las intervenciones que limpian el colón, etc. ... Es un gasto brutal sin resultados. Muchas veces los pacientes cuando llegan a donde le hacen la historia y te cuentan los diferentes tratamientos ineficaces que han realizado y el coste que esto le ha supuesto”.

Dr. Ernesto López: “Repetidas veces”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Cuando dices no ofertamos nada, y es que eso creo que tampoco es así. Evidentemente no ofertamos el sufragar el gimnasio o el herbolario, pero dentro del sistema atendemos. Y luego otra cosa es que lo tendríamos que hacer de otra forma, midiendo y con mejores resultados y demás, que en eso podríamos mejorar, pero no es que no ofertemos nada”.

Dr. Francisco Tinahones: “He sido radical en el sentido que lo que ofrecemos es un consejo médico, pero acciones específicas que sean por ejemplo un programa para pacientes obesos donde se hace una intervención estructurada es muy escaso en el sistema público de salud, algo parecido por ejemplo a la rehabilitación cardíaca, dónde van al gimnasio, tienen dietistas etc... ¿Cuántos hospitales o centros de salud tienen un programa específico con una acción específica que vaya a más que lo que es darle recomendaciones de cambios de estilo de vida? Otro punto a parte es la cirugía de la obesidad...”

Dr. Juan del Llano (conductor): “No sé si vamos a tener espacio para el treinta y siete por ciento de la población”.

Dr. Francisco Tinahones: “Ya lo creo que sí. Pero tenemos hipertensos en un porcentaje mucho más alto, y no le dices a un hipertenso que deje de tomar sal y que si quiere que se compre los antihipertensivos. Y vamos a tener un escenario de fármacos que van a ser eficaces. Y luego de esto lo vamos a hablar seguro”.

Dr. Juan Camuñas: “La mayoría de los hospitales públicos, por lo menos en Madrid sí que tienen algún sistema de educación nutricional, de actividad física, etc. ... pero es un poco la punta del iceberg porque es casi exclusivamente para los pacientes que van a ir a cirugía, ahí sí que va a estar un tiempo enseñándoles patrones de alimentación sanos, de ejercicios, repiten varias veces estas pautas, de forma que cuando a nosotros nos llegan los pacientes, ya comen cinco veces al día, con un aporte calórico razonable y realizan la actividad física posible para su estado, quiere decirse que algo se intenta y, suele ser beneficioso, y los pacientes lo agradecen”.

Dra. Irene Bretón: “Quería añadir que, probablemente no se entiende bien por los gestores, que son los que tienen la capacidad de decisión, la asimetría que supone la obesidad, por su propia fisiología. Quiero decir que es fácil ganar peso y muy difícil perderlo cuando ya existe obesidad. Existe una resistencia a la pérdida de peso condicionada por múltiples factores. No es un camino de ida y vuelta. Se tiende a pensar que, si ha ganado peso por hacer una dieta inadecuada, por comer más de la cuenta, que coma ahora bien y llega al peso que tenía al principio, desaparece el problema. La fisiopatología de la obesidad no es así. Existe una asimetría en los mecanismos que regulan el peso, es fácil ganar y difícil perder. Y esta asimetría no es conocida ni se entiende bien por los que tienen que tomar las decisiones. Y quizás está en la clave de por

qué no se considera una enfermedad, aunque lo sea. Se piensa que, si hace las cosas bien, tiene que alcanzar un peso adecuado sí o sí”.

Seguidamente, el grupo entró a debatir la segunda pregunta de la lista propuesta:

La OMS categoriza en el CIE-10 (Capítulo IV) como enfermedad a la obesidad (E-66)

¿Cómo trasladar esta aseveración a la Dirección General de Cartera de Servicios del MSCBS?

¿Creéis que la mayoría de los médicos consideran la obesidad como una enfermedad (y en tal caso así se codifica)? ¿O sólo diagnostican sus comorbilidades (DM2, enfermedades cardiovasculares, etc.)?

El código de obesidad y sobrepeso figura en cualquier HC, pero muchos médicos no lo marcan y reflejan directamente las concomitancias: se trata de una práctica bastante extendida.

La consideración de la obesidad como enfermedad es una controversia no resuelta, pero figura en el HC con esta categoría, por lo que a efectos prácticos así habría que considerarla, si bien, para algunos especialistas esto depende de la clasificación del paciente. Así, por ejemplo, si un paciente desarrolla la patología de forma que le conduce hacia un síndrome metabólico, o si hay riesgo de diabetes u otras complicaciones, en esos casos, se percibe y trata como una enfermedad. En definitiva, la obesidad se está tratando como enfermedad cuando el caso lo requiere, no quedando clara la necesidad de la declaración oficial dado que, en teoría, los que necesitan atención la reciben.

La atención a los pacientes con estas patologías es una prestación, sin duda. Otro tema es que el sistema financie los medicamentos. Dependiendo de cada caso, es evidente que la mayoría de los fármacos específicos no entran dentro del apartado de cobertura.

Por otro lado, la obesidad no es estática en el sentido de que la evolución de los pacientes es cambiante incluso dentro de la propia patología. Así, hay pacientes obesos que son en un momento dado metabólicamente sanos, pero cuyo estatus puede cambiar rápidamente. Por eso, uno de los ámbitos en que se depositan grandes esperanzas para lidiar con estas situaciones es el farmacológico. Si se dispusiese de un fármaco estándar capaz de reducir el peso, esto

constituiría una gran alternativa que contribuiría a reducir la factura derivada de las concomitancias como la diabetes y de la atención a la obesidad en general.

En cualquier caso, en torno al reconocimiento de la obesidad como enfermedad hay muchas posturas y todas tienen argumentos válidos a favor o en contra, al menos en apariencia. Lo más importante es que falta concienciación, ya que no importa lo que la gente pueda pensar: las personas que padecen obesidad tienen una enfermedad. Cuando se define una enfermedad, lo hacemos destacando una serie de características que muestran los pacientes. En el caso de la obesidad, eso se cumple, como en tantas otras enfermedades y, además, se da en distintos grados o estadios, por lo que el colectivo afectado es susceptible de clasificación y de asociación a distintas terapias y tratamientos en función del caso. A este respecto, el problema para muchos es que no se sabe muy bien dónde está el punto de corte entre percibir la obesidad como una patología leve o como una enfermedad grave. Desde ese punto de vista, trabajar en la clarificación del punto a partir se considera que una persona está enferma por obesidad y en el logro de una clasificación precisa de sus estadios parece ser parte de la solución acerca de esta controversia.

La OMS trabaja con datos procedentes de los países afiliados que, por consiguiente, no son primarios o procedentes de estudios liderados por la organización en cuanto a diseño de muestras y recogidas de datos. Dado que no se sabe muy bien cómo tratan esos datos para elaborar sus estadísticas, en principio, a nivel nacional, por ahora se percibe como más fiable la información que proporciona el INCLASS. El portal estadístico de la OMS, en cuanto a los indicadores de prevalencia de obesidad coincide de forma aceptable con los datos del INCLASS, pero los indicadores de prevalencia de sobrepeso muestran diferencias muy significativas, con cifras que están cerca de duplicar las tasas estimadas en España. La definición del indicador de sobrepeso adoptada por la OMS que aparece en el portal estadístico es el porcentaje de población con un IMC de 25 kg/m² o superior. En el caso del INCLASS se define como el porcentaje de población con un IMC de 25 kg/m² o superior pero inferior a 30 kg/m², dado que ese valor es el punto de corte que distingue a las personas con obesidad de las que tienen sobrepeso. La diferencia entre ambas fuentes sugiere que el indicador de la OMS podría estar recogiendo la tasa total de personas con sobrepeso y obesidad, en lugar de sólo las que tienen sobrepeso, punto que queda más claro en el caso del portal español. No obstante, surgen otras dudas y consideraciones como son las de clasificación de los pacientes por parte de los profesionales en el sentido de si se hace a partir del problema de peso o de

las concomitancias. Dado que los datos de la OMS y del INCLASS proceden de encuestas, la diferencia parece provenir más de las definiciones adoptadas.

En cualquier caso, los datos de ambas fuentes son suficientemente alarmantes como para que nuestra sociedad comprenda que estamos ante un problema grave. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades, la conciencia ciudadana tiene un estigma negativo y no siempre se muestra comprensiva con los pacientes y su problemática. Se ha percibido que las personas con obesidad sufren mayor rechazo que otras a la hora de ser contratados para un trabajo, para ser aceptados en determinados entornos, etc. No es un tema agradable, pero hay que considerarlo, ya que forma parte de la impresión que tienen algunos de que el obeso lo es por falta de autocontrol, impresión que está condicionando en parte el reconocimiento oficial de enfermedad.

En conclusión, existe amplio consenso en reconocer la obesidad como una enfermedad, que es atendida por el sistema de salud, aunque no esté reconocida como enfermedad al mismo nivel que otras de elevada prevalencia. Asimismo, existe amplio consenso en cuanto a la necesidad de mejora de las herramientas de medición y clasificación de los pacientes, a su codificación y registro y en torno a la idea que las definiciones actuales pueden alentar el enmascaramiento de casos cuando se aplican rigurosamente los puntos de corte actualmente reconocidos como frontera entre sobrepeso y obesidad.

Respuesta general a la segunda pregunta: selección de comentarios

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pues si os parece vamos a pasar a la pregunta dos ... de la consideración o no de la obesidad como enfermedad. La Organización Mundial en su CIE-10 en el capítulo cuatro en el epígrafe sesenta y seis la considera enfermedad. Esta pregunta tiene los apartados, el primero es ¿cómo trasladar o cómo ayudar a trasladar esta aseveración a la Dirección General de Carteras de Servicios que es la que tiene la potestad de incluirla por una prestación al sistema?... Y una segunda pregunta que es un poco más, que me gustaría que nos ayudéis a clarificar y es sí a la mayoría de los médicos en vuestra experiencia, no tanto los especialistas como los médicos de Atención Primaria y otros profesionales sanitarios, si la consideran enfermedad y por lo tanto y cuando dan las altas ponen obesidad y así se mete en CMBD y por lo tanto así se codifica, o sí aquí está habiendo infra o sobre codificación porque algunos de vuestros colegas no ponen obesidad sino que ponen diabetes mellitus tipo dos, hipertensión infarto agudo de miocardio, es decir comorbilidades en ocasiones asociadas a la propia obesidad, ¿no? ... Y en concreto esto no surge porque en el informe que habéis leído, en el resumen ejecu-

tivo, hay una disparidad enorme entre los datos de sobrepeso y obesidad que da la Organización Mundial de la Salud que es en la página siete y el INCLASS que es el sistema que tenemos, el portal estadístico del Ministerio. Pero unas disparidades que dices: bueno, y esto ¿a qué es atribuible? ¿Puede ser atribuible, como os preguntaba, a las sobre comorbilidades y a la infra codificación de la obesidad porque todavía el profesional sanitario no ha hecho la percepción de que estamos ante una enfermedad y por lo tanto no lo pone así en el informe de alta? ¿Puede ser eso?”

Dr. Francisco Tinahones: “Está. Cualquier historia electrónica se codifica la obesidad como un diagnostico más, yo pienso que si se registra”.

Dra. Irene Bretón: “Y empezó siendo así con la diabetes, al principio no se codificaba la diabetes. Se iba de alta de una neumonía y no se incluía en los diagnósticos que tenía diabetes y ahora, sin embargo, sí se considera”.

Dr. Francisco Tinahones: “Yo, en el ámbito de atención hospitalaria creo que sí es así, aunque creo que cada vez hay más gente que codifica los diagnósticos secundarios, obesidad y desde luego en el ámbito de la primaria, yo mi experiencia en casi todos, la mayor parte de los profesionales de Atención Primaria, ponen si está obeso o no”.

Dra. Irene Bretón: “Eso sí que es verdad, en Primaria sí es verdad”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Solo un pequeño comentario, acerca de las discrepancias entre el INCLASS y la OMS. La OMS nunca trabaja con datos primarios”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Lo que suministran los países, ¿no?”

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Trabaja con los datos que suministran los países. Entonces la OMS sabrá de dónde saca esos datos. Son los datos oficiales. Otra cuestión es que estén infraestimadas porque en el ámbito hospitalario no existe este diagnóstico”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “La diferencia que hay es tan enorme que no se puede justificar. Por eso lo estamos diciendo. Estamos hablando de una diferencia de sobrepeso de un sesenta y siete por ciento a un treinta y siete. Treinta puntos. Aquí hay otra cosa que no sé lo que es, no sé dónde saca los datos la OMS, pero es imposible que haya treinta puntos de diferencia y en obesidad diez puntos es también una barbaridad”.

Alicia Coduras: “Todos estamos de acuerdo en que es más viable los datos del INCLASS que los de la OMS, o sea, no estamos en ese sesenta que dice”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Y el INCLASS lo único que hace es verter lo que manda la comunidad autónoma. ¿Y la pregunta de cómo trasladar? Es decir, esto ¿consideráis que tiene que ser una prestación y su financiación, los medicamentos?”

Dra. Irene Bretón: “Hay otros medicamentos que no reciben financiación. Por ejemplo, la loperamida para el tratamiento de la diarrea. Es decir, que la diarrea se considera en la prestación sanitaria, otra cosa es que se financien o no los tratamientos farmacológicos”.

Dr. Juan Camuñas: “Ya no con el CIE-10, con el CIE-9 que es anterior, era el 278.01, yo para operar a un enfermo tengo que incluirlo con ese código en la lista de espera quirúrgica”, aunque sólo la utilización del código no le ha conferido de forma generalizada el carácter de enfermedad”.

Dr. Ernesto López: “Por intervenir en la controversia que tenéis ya en el informe, la controversia, ¿es enfermedad? ¿No es enfermedad? En primer lugar, si definimos la obesidad por el de masa o por el depósito excesivo del tejido ... hay estudios aparte de lo que dice la OMS, hay estudios que nos dicen que unos adultos con IMC propios de obesidad gozan de buena salud y que hay adultos que con sobrepeso y obesidad tienen mejor salud, ¿cómo le llamas a eso una enfermedad si teniendo sobrepeso y obesidad tienes mejor salud que aquellos que no tienen?”

Dr. Juan Camuñas: “¿Comparado con qué?”

Dr. Ernesto López: “Comparado con la gente que no tiene obesidad y que tiene otras patologías. Entonces, el ponerlo por definición, son estudios serios, que abundan en esta particularidad, y por otro lado respecto a si está siendo atendido o hay que atenderlo o hay que financiar, si consideramos la obesidad como el estadio final de una cadena, lo mismo el carcinoma broncopulmonar el estadio final, mayor porcentaje por el comportamiento de fumar. El comportamiento de fumar no es una enfermedad, desde mi punto de vista, pero lleva al carcinoma broncopulmonar y el hábito de fumar sí que hay sistema de salud; yo que he trabajado en el ayuntamiento de Madrid sí que ha habido programas y sigue habiendo para la dejación de fumar y hay el “Programa Alas” para obesidad y está asistiendo y tú lo conoces. De una forma multidisciplinar se está

atendiendo y se entiende y ahí no se habla de la obesidad no hemos hablado nunca, “mire usted es un enfermo, tiene este problema de salud “ y lo que sí se atiende creo que en el sistema, no atendemos la obesidad, sin duda alguna se atiende si la obesidad nos lleva al síndrome metabólico ... y si el síndrome metabólico es aumento de presión arterial, glucemia, aumento de glucemia, aumento de grasa corporal, hiper colesterol, eso se está atendiendo en el sistema y se está atendiendo que estos elementos del síndrome metabólico son a su vez factores de riesgo para las cardiopatías, para los accidentes cerebro vasculares y para la diabetes tipo dos. Por tanto, sí que está atendiendo el sistema, aunque no le llames obesidad. El sistema está haciéndose cargo tanto en atención primaria como en atención hospitalaria”.

Dr. Francisco Tinahones: “Has tocado dos puntos, que yo creo que son importantes. Como vamos a estar en controversia te los voy a intentar rebatir. Primero, el concepto de obeso sano ha hecho mucho daño. Hablando de obeso sano, pero es obeso metabólicamente sano, que no tiene nada que ver con que el obeso esté sano. Es decir, las articulaciones le siguen machacando, el síndrome de apnea del sueño lo sigue teniendo igual. Es decir, no es un obeso sano, es un obeso metabólicamente sano que todavía no desarrolla enfermedades hoy, pero mañana dejara de ser feliz”.

Dr. Ernesto López: “Hay un factor de riesgo”.

Dr. Francisco Tinahones: “La obesidad se liga a doce patologías claramente reconocidas, hay algunos que se libran de tres de ellas durante un tiempo. Ese obeso no es sano, es decir, las articulaciones le están machacando, síndrome de apnea del sueño, esteatosis hepática la va a seguir haciendo igual, es decir, ese concepto de obeso sano es un concepto perverso y no es adecuado a la realidad ... Luego otra cosa, lo que has comentado de, se trata de hipertensión, se trata lo glucemia, se trata... fíjate que paradoja, tratamos las comorbilidades y no tratamos la enfermedad. Si este señor opera a un obeso mórbido que tiene tensión arterial alta, diabetes etc. ..., lo opera y todas esas comorbilidades desaparecen o se aminoran en los seis primeros meses ... Entonces estamos gastándonos mucho dinero en insulina, en análogo de GLP.... Es decir, que si tuviéremos por ejemplo un fármaco que bajara el peso un veinte por ciento pues dejaríamos probablemente muchísima de la medicación de la que está tomando para complicaciones de la obesidad. No, nos importa gastar mucho dinero en el tratamiento para la diabetes es carísimo y sin embargo no hay nadie que se ponga encima de la mesa un tratamiento para la obesidad”.

Dr. Juan Cabasés: “Era sólo un aspecto. Estamos hablando si es o no enfermedad. Que claro fuera del sector me parece más bien que se suele tratar como si fuera un factor de riesgo más. Segundo, quizá mejoraría esta información o esta capacidad de definir si conociéramos la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes, el gordo feliz por decirlo de una manera vulgar...”

Dr. Francisco Tinahones: “Eso no existe, es una creencia”.

Dr. Juan Cabasés: “Bueno, es una creencia, pero a mí me lo contaba alguien que ha perdido treinta y dos kilos. El otro día, me lo contaba, me decía: “yo pensaba que era una persona que estaba en calidad de vida suficiente, ya sabía que para subir la escalera tenía que coger el ascensor, ya sabía que tal, pero esto era parte de mi vida y estaba tan feliz, ahora me he dado cuenta lo mal que estaba, porque ahora veo todo lo que perdía...” Este es un ejemplo de ausencia de percepción de enfermedad”.

Dr. Francisco Tinahones: “Eso demuestra que es una enfermedad y no un factor de riesgo”.

Dr. Juan Cabasés: “Pero es una enfermedad de la que uno no es consciente. Puede uno no ser consciente hasta que empieza a notar los efectos del tipo de enfermedad”.

Dr. Francisco Tinahones: “Pero, hasta tal punto no es consciente. Hicimos una encuesta ... donde le preguntamos a la población general el peso y la talla. Daban el peso y la talla, y después se le preguntaba “¿Usted se considera obeso?” Solo el veinte por ciento de los que eran obesos se consideraba obesos. El ochenta por ciento era obeso y cuando se le preguntaba ¿es usted obeso? decían que no”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Yo quería hablando de este epígrafe, expresar un poco mi sorpresa al haber visto este epígrafe dentro del informe, y todas las argumentaciones acompañantes, porque esas son las argumentaciones típicas cuando uno está abogando para incluir la obesidad en el listado de enfermedades de la CIE, no cuando ya está incluida. Todo este debate para mi huelga. La cuestión es ¿cómo aumentar la conciencia a todos los niveles de este fenómeno que sabemos que es una enfermedad? Pero empezar a darle vueltas a esto yo creo que es la forma equivocada de aumentar la conciencia

social. Te estás cuestionando si es una enfermedad cuando lo que quieres es aumentar la conciencia social. Y es lo que a mí me ha sorprendido, no que los argumentos estén mal. Es que me parecen anacrónicos”.

Dr. Juan Camuñas: “El debate ha persistido; cuando la AMA declaró la obesidad como enfermedad en 2013, en ese mismo año el Council of Science and Public Health había emitido un informe señalando, que no había datos consistentes en medicina basada en la evidencia para hacer esa declaración de forma concluyente.

El carácter de la obesidad como enfermedad se estableció por votación, que no es quizá la forma más científica de hacerlo, pero eso surgió y sigue habiendo mucha polémica incluso entre los médicos, en cuanto a si es o no una enfermedad, y hasta qué punto el individuo obeso es el causante de su situación”.

Dr. Ernesto López: “Por eso estamos en la controversia”.

Dr. Juan Camuñas: “No es infrecuente incluso en el medio hospitalario que a veces se discuta la indicación quirúrgica de estos enfermos, y si los recursos empleados en ellos no serían más coste/efectivos en pacientes que no fuesen generadores de su propia enfermedad.

Ya está incluida en el CIE, esto es una enfermedad, y además en el CIE.10 con distintos subapartados que permiten categorizarla mejor”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Que es una enfermedad, creo que no hay ninguna duda”.

Dr. Juan Camuñas: “Mi duda era, ¿si está bien definida cuando se define la enfermedad, si ese umbral está marcado claramente, si es asumible por los profesionales o no?”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Eso puede ocurrir como con los miligramos de mercurio de la tensión. O con el colesterol, claro. Cuando estudiábamos el siglo pasado estas enfermedades. Que la definición operativa de la diabetes pueda cambiar, no cuestiona que la diabetes sea una enfermedad. Cuando definimos un diagnóstico a partir de una variable continua, podemos modificar un punto de corte de acuerdo a los nuevos conocimientos científicos o la capacidad para intervenir, o las complicaciones que vamos atendiendo... Podemos

cambiar el punto de corte, que es una regla de decisión, que es simplemente decirle a un sujeto a partir de aquí, “eres hipertenso u obeso”, pero esto no cuestiona que esto sea una enfermedad”.

Dr. Ernesto López: “En relación con esto, lo que señalaba Juan Camuñas, no solamente ha sido el público general, sino algunas asociaciones serias, las del Grupo de sanos en Todas las Tallas, asociaciones que reúnen a miles y a cientos de miles de personas que defienden que... hablando del punto de corte, está en veinticinco, está en veintiséis, está en veintisiete, mientras es sobrepeso, no es enfermedad y, por tanto, es saludable y partir de veintisiete y medio veintiocho, ¿qué le llamamos?, hay que recordar que hace unos años ... estaba definido por organismos internacionales, la homosexualidad; era una enfermedad, incluso se le había encontrado un gen, por tanto, yo tampoco sacralizaría las definiciones. Incluso hasta la propia de la OMS, ¿no? Pero ahí siempre me queda la duda de dónde está el punto de corte que Fernando señala”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Ernesto te estas refiriendo a no estigmatizar”.

Dr. Ernesto López: “Sí, pero también a definir”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Yo creo que él ha explicado, que el dintel dependerá, como ha dependido, en milímetros mercurio, miligramos de colesterol, ¿no?”

Dr. Ernesto López: “Sí, pero eso que decimos, “esto es una enfermedad”, ¿dónde lo empezamos a decir? Ese es el tema. ¿Dónde lo empezamos a decir y dónde lo ha dicho, dónde ha decidido la OMS, que se empieza a decir? Creo que también se está tratando y se interviene, le llames o no enfermedad, se está interviniendo en la obesidad, no solamente en los componentes del síndrome metabólico, sino en el sobrepeso ... Es verdad que luego hablaremos, tal vez en la tercera o cuarta pregunta, de cómo se habla, es ¿debe usted perder peso? ¿Debe usted hacer más ejercicio físico? Pero sí se interviene en el sobrepeso y la obesidad también. Otra cosa es cómo se hace y con cuánta eficacia se hace en la atención”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Una pregunta. ¿El modelo de intervención del PREDIMED-plus es generalizable al sistema sanitario?, Hay, según creo, doce contactos individuales, más doce grupales, más otras tantas llamadas telefónicas. Y cuando has dicho, un médico, tres enfermeras, un... para dos-

cientos cincuenta pacientes, con la prevalencia que hay, no lo soportaría ningún sistema, el gasto”.

Dr. Francisco Tinahones: “El problema fundamental es que la definición de obesidad no se corresponde a la herramienta de medida, es decir, la definición de obesidad es exceso de grasa y no medimos exceso de grasas, sino no que medimos peso partido por talla. Alguien que esté en un gimnasio haciendo culturismo sale obeso, y obviamente, no está obeso ... En el momento que tengamos herramientas, que hacer una impedanciometría sea tan fácil como pesar, pues, probablemente, se cambiarán ... los puntos de corte y la definición”.

Dra. Irene Bretón: “Yo quería señalar que, a diferencia de otras enfermedades, yo creo que aquí hay dos diferencias muy importantes, una es, la altísima prevalencia, yo sé que eso también dificulta que sea enfermedad, pero ¿cómo la abordamos?... porque realmente es algo que la atención sanitaria a la que estamos acostumbrados, de visitas al médico cada tres meses, no tienen absolutamente ningún sentido en esto ... y luego, otra diferencia importante es que, la ausencia de conciencia de enfermedad por parte de los propios pacientes que, al mismo tiempo reniegan, no hay una asociación de pacientes potente, de pacientes con obesidad como lo hay de otras ... entonces, al revés la conciencia ciudadana va en contra de esta idea. Los pequeños grupos que hay de asociaciones de pacientes para cirugía bariátrica, en cuanto se les opere, ya se han olvidado y ya se quitan de la Asociación, entonces, eso también es otro punto que diferencia la obesidad como enfermedad, de otras”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Realmente por la carga de estigmatización que tiene ... En algunos casos...por ejemplo, parece ser que, en Islas Canarias, me corregís, hay mucha obesa más que obeso y lista de espera para cirugía bariátrica, de cuatrocientas personas ... y algunas con dos y hasta tres intervenciones. Y por lo visto, se reúnen unas cuantas, unos días antes de ser operadas y se dan lo que se dicen ellas, “un homenaje”, es decir, un gran banquete. Como ya se ponen en manos de sanadores que les van a quitar toda la grasa que les sobra, ¿no? Es un chascarrillo, disculpad... Yo creo que es esta pregunta queda razonablemente agotada. Vamos a meternos en la siguiente que tiene que más que ver con el performance, con el rendimiento del sistema y que después trasladamos a este problema de salud, a esta enfermedad que es la obesidad”.

A continuación, el grupo entró a debatir la tercera pregunta de la lista propuesta: Si pasa a ser una prestación cubierta, ¿cómo organizamos su atención sanitaria (Atención Primaria-Atención Especializada)?

Dado que las prestaciones que se efectúan actualmente a los pacientes obesos están insertadas de forma no regulada en el sistema, el diseño global de una organización de atención sanitaria desde Atención Primaria (AP) o Especializada (AE), está por hacer.

En la actualidad, la prestación sanitaria a los enfermos por obesidad es algo diferente de la que se aplica a otras enfermedades en cuanto a tiempos, debido a que se priorizan otros tipos de patologías. En este sentido, se estima que ser atendido en un año es un caso muy favorable. Las listas de espera son tremendas y los tiempos medios de atención superan el año.

Por otro lado, en el caso de la cirugía bariátrica la lista de espera es, proporcionalmente hablando, mucho más abultada que para otras patologías debido a la acumulación que se da en esta. A ello hay que añadir que no tiene asociado un límite legal como otras patologías para llevar a cabo la intervención dentro de un plazo máximo, lo cual está poniendo en riesgo a un número significativo de casos graves.

En España, la obesidad está en lista de espera no estructural y es por este motivo que no tiene asociado un límite legal para las intervenciones quirúrgicas, lo cual crea un agravio comparativo y hace que los pacientes que lo necesitan no sean tratados en igualdad con respecto a los de otras patologías.

Tal y como está la situación, el sistema no puede dar una solución global y habría que buscar alternativas. Existe “peloteo” entre AP y AE, de forma que el paciente da muchas vueltas y es difícil que se den huecos para atender adecuadamente a los afectados.

La administración se escuda en que, como es una patología muy prevalente, no es posible hacerse cargo de ella. Se están cubriendo esencialmente todos los casos que llegan derivados de síndromes metabólicos.

Sin embargo, el problema es amplio y abarca a todos los segmentos de la población. En las escuelas hay niños obesos, pero nadie dice que están enfermos, ya que, no por ser obesos faltan a clase ni están hospitalizados. Por consiguiente, convivimos con la obesidad a nuestro lado y en todos los estamentos sociales, y sencillamente, lo vamos llevando. De todo ello, se desprende que hay que evitar el estigma, que tiene un gran impacto en la situación actual. Incluso la visión de algunos profesionales, a veces, se percibe como peyorativa.

Las acciones de atención y prestación deberían de abordarse desde una perspectiva multidisciplinar. Hace falta formación para profesionales, especialmente para los que trabajan en AP y que suelen intervenir en programas personalizados de cambios de hábito.

La visión negativa que se tiene acerca de la situación en atención de la obesidad se puede revertir si se invierten recursos. Por ejemplo, en el caso de intervenciones de cambios de hábitos, con programas estructurados, sesiones espaciadas pero regulares, diseñadas de forma que no fomenten el abandono sino la adherencia.

En el caso de nuestro sistema sanitario, se da el caso de que a veces se huye de un problema que alienta otros. Así, en el caso de la obesidad, se viene observando que hay mucha más intervención en la atención de las concomitancias, cuando la eliminación del problema raíz, rebajaría significativamente la lista de pacientes que la padecerían. Como la atención en obesidad es poco eficaz en este momento, los médicos tienden a volcarse en las concomitancias.

Para mejorar la situación, además de lo anterior, es necesario disponer de mejores fármacos. Los fármacos de reducción de peso eficaces serían los que más podrían ayudar en este terreno revertiendo progresivamente las necesidades de atención intensiva.

Respuesta general a la tercera pregunta: selección de comentarios

Dr. Juan del Llano (conductor): “¿Pensáis que esta prestación está bien cubierta o realmente, como se ha discutido hasta ahora, casi prestamos más caso a las comorbilidades que al problema base? ¿Lo que hace la primaria, es suficiente, la especializada, la supra especializada con los casos extremos? En fin, ¿cómo pensáis que estamos manejando este problema de salud?”

Dr. Juan Camuñas: “Yo voy a hablar solamente de la supra especializada que es donde realizo mi trabajo.

Los casos extremos, estamos manejándolos mal. Habéis visto el informe de la lista de espera en España para cirugía bariátrica en 2018, que es demoledor pues la demora para intervención es de 397 días, con más de 100 pacientes en espera en cada uno de los centros analizados.

Además, mientras cualquier usuario del sistema público tiene un plazo para ser intervenido que en Madrid se fija entre 75 y 180 días, en función de que sea del propio hospital o trasladado de otro centro, en el caso de estos pacientes la demora es en muchos casos superior al año, ya que se encuentran fuera de la lista de espera estructural, y la priorización de los mismos solo se hace en casos de disfunción muy severa por patologías asociadas”.

Dr. Francisco Tinahones: “Así es casi en todas las comunidades”.

Dr. Juan Camuñas: “Porque, si estuvieran en lista de espera, tendrían que ser operados entre setenta cinco o ciento ochenta días, con lo cual, no les estamos dando la atención que deberíamos”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Están en lista de espera, pero hay un real decreto que regula el tratamiento de la información sobre listas de espera en el sistema nacional de salud y que distingue entre lista de espera estructural y lista de espera no estructural y hay otro real decreto sobre garantías de tiempo máximo de acceso a las prestaciones. El tratamiento quirúrgico de la obesidad no está sujeto a garantía de demora, pero los pacientes están en lista de espera”.

Dra. Irene Bretón: “Es así. Y una pregunta, que no lo conozco, ¿qué otras patologías están en esa lista espera no estructural?”

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Hay muchas patologías que no están sujetas a garantía de demora. El tema de estructural o no, depende de otras variables”.

Dra. Irene Bretón: “Por eso la pregunta. ¿Qué otras patologías hay, que estén en esa lista no estructural?”

Dr. Francisco Tinahones: “Es que, allí lo que tenemos son pacientes transitoriamente no programables, pero por patología intercurrente”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Todos los pacientes con indicación quirúrgica están en la lista de espera, lo que sucede es que algunos procesos no tienen establecida una garantía de demora para realizar la intervención”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “¿Quién está entonces, por ejemplo, neurocirugía puede estar? ¿Quién está más, en esa lista?”

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Hay otras patologías que no están garantizadas con una demora. Las Comunidades Autónomas, aquí ha hablado él de lo de Madrid, pero, por ejemplo, hay comunidades autónomas en que, sólo están garantizados los procesos que están garantizados a nivel nacional que son: Cirugía cardíaca valvular y coronaria, prótesis de rodilla, prótesis de cadera y catarata. Y esos están garantizados en toda España, porque es un decreto nacional, y luego cada Comunidad Autónoma ha hecho sus normas de qué otras cosas quieren garantizar... En Madrid, según dices hay una garantía de ciento ochenta días, entiendo que, para todos los procesos. Bien, pero eso no es así en otras comunidades, en otras comunidades no hay esas garantías para el resto de los procesos ... En Asturias, por ejemplo, hay una instrucción de la Consejería, de que todo se opera antes de ciento ochenta días, pero no está regulado. No hay ninguna norma que obligue a que el paciente haya que operarle antes de ciento ochenta días ...”

Dr. Francisco Tinahones: “Pero en cualquiera que sea el escenario, la cirugía de la obesidad es el patito feo en los servicios de cirugía en la mayoría de los hospitales; si hay un quirófano reservado para cirugía de la obesidad y hay otra urgencia se utiliza el quirófano, se prioriza claramente otras patologías a la hora de intervenir., Las listas de espera en la mayoría de los hospitales son de años”.

Dr. Juan Camuñas: “Yo creo que eso afortunadamente va cambiando, quiero decir, cada vez hay más hospitales con secciones específicas para obesidad porque el problema es grave, y cuantitativamente muy relevante.

Además, estos son enfermos que en general, tienen un preoperatorio largo, en muchos casos con optimización de ciertos parámetros hasta poder ser intervenidos, y generalmente antes de la cirugía deben modificar hábitos dietéticos, conductuales, etc., pero que la demora sea próxima al año es llamativo”.

Dra. Irene Bretón: “En este caso, llama la atención que no esté en lista de espera estructural en ningún sitio de España y que, sin embargo, es un procedimiento que ha demostrado que disminuye la mortalidad y las enfermedades asociadas, y que es coste efectivo. En el tratamiento farmacológico hay menos información, pero en caso de la cirugía bariátrica ya hay estudios en España que han demostrado sí es coste efectiva”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “¿Y el resto del circuito, en la primaria, la especializada, el tránsito de esta persona por este problema de salud es armónico o hay peloteo de la primaria a la especialista?”

Dr. Juan Camuñas: “Total”.

Dra. Irene Bretón: “Totalmente”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “¿Hay peloteo?”

Dra. Irene Bretón: “No está estructurado. Otra cosa interesante, es que una enfermedad que afecta a tal porcentaje de la población, no podemos entender que tiene que hacerse cargo el sistema sanitario de manera exclusiva, hay que utilizar todos los recursos de que dispongamos, incluyendo desde las actividades que se hacen en los ayuntamientos, por ejemplo, el programa ALAS del Ayuntamiento de Madrid.”

Dr. Ernesto López: “El Programa ALAS del Ayuntamiento de Madrid”.

Dra. Irene Bretón: “A mí me parece estupendo, luego nos puedes comentar del programa ALAS que es un programa extraordinario. O sea, que, a nivel local se pueden hacer acciones ... quiero decir, diecisiete por ciento no cabe en el sistema de salud para tratar este problema”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Yo estoy de acuerdo contigo. Lo primero no cabe, pero, además, yo creo que el abordaje fundamental de la obesidad no se puede hacer desde el sistema sanitario, es decir, el sistema sanitario es una parte de la atención a los pacientes obesos, pero no podemos centrar la solución del problema de la obesidad en el sistema sanitario ... porque, como siempre, en este país nos olvidamos de la preventiva, nos olvidamos de todas las medidas, que también han demostrado que son efectivas para solucionar el problema del sobrepeso y de la obesidad que, evidentemente, eso puede ser más largo plazo porque la influencia sobre los hábitos de vida es más difícil, pero yo creo que la solución no puede plantear que la obesidad se soluciona con centrar su atención en el sistema sanitario”.

Dr. Francisco Tinahones: “Ese tema, siempre estamos con el estigma de la obesidad. La dislipemia tiene una magnitud parecida, hipertensión tiene la misma magnitud ... y no decimos que la hipertensión, porque afecta al treinta por ciento de la población, no podemos atenderla en el sistema público. Es un mantra que repetimos machaconamente, que la obesidad, como es tan prevalente, no se puede hacer el sistema público, cargo de ella, pero tenemos un montón de enfermedades tremendamente prevalentes y si se atienden”.

Dr. Ernesto López: “Mi relación con este asunto, con la tercera pregunta. Suscribí lo que acaba de comentar ahora Miguel, respecto a dónde deben estar las atenciones. La pregunta es, ¿si pasa a ser una prestación cubierta y estamos diciendo que se cubre mucho hasta ya la cirugía, y se cubre los componentes del síndrome metabólico, se está cubriendo eso?”

Dr. Francisco Tinahones: “La obesidad mórbida es un uno por ciento”.

Dr. Ernesto López: “Pero, el resto del síndrome metabólico derivado del sobre peso y la obesidad, también se está cubriendo, por eso la condicionante, si pasa a ser una prestación cubierta, otra cosa es que no se le llame obesidad, pero está cubriéndose un gran porcentaje ... En relación con lo que tú señalas, yo tenía aquí planteado cómo organizamos la atención sanitaria y claro, eso es un sesgo grande, es limitar realmente, la atención al problema. Por ejemplo, ¿qué trabajo hacemos en las escuelas? Fíjate, el trabajo que hacemos en las escuelas o con las familias, nos pone en tela de juicio el tema de la definición de la obesidad como enfermedad porque probablemente, a las escuelas no vamos a decir que los niños que están allí sentados, incluso, sin ir el personal sanitario, están enfermos ... Nos parecería desproporcionado, pero están niños obesos y ahí hay que intervenir, y hemos intervenido desde la atención primaria, y desde el Ayuntamiento, y desde otras instancias, intervenimos allí donde está la raíz del problema ... por lo que antes decíamos niños obesos, adolescentes obesos, adultos obesos, por tanto, como tú señalas, hay que ir antes y luego en la atención primaria, que es la que más puedo conocer... Sí me gustaría señalar con vistas a las sugerencias, qué cosas creo que las podrían optimizar, que podrían mejorar esas insuficientes que estamos señalando que tiene la atención sanitaria, a este problema, llamémosle como sea, pero es un problema con gran impacto. Y yo creo que habría que evitar el estigma ... Hace unos años, yo tenía unos estudios que señalaban, en España, que la visión que tienen los profesionales de los gordos y de las gordas, es muy peyorativo y la gente acude a nuestros grupos y demás, con el temor de que el profesional les va a señalar como perezosos, comilones, esa percepción negativa que tienes de las personas con sobrepeso y obesidad ... También habría que trabajar creo, el pesimismo terapéutico que tienen los colegas de la atención primaria. Pesimismo terapéutico que te confiesan, respecto al sobrepeso y a la obesidad. No somos capaces de que reduzcan el peso, sabemos que se les ha señalado lo estamos haciendo, pero somos muy poco eficaces, poco efectivos en la solución ... ya señalando el sistema sanitario. Y luego, señalaría dos cosas más, creo que hay que abordarlos desde una perspectiva intersectorial y multidisciplinar. Y probablen-

te, aunque no fuéramos disciplinados, aparte de médico, pues soy psicólogo también y he participado como psicólogo en algunos de estos programas; no tanto reivindicar la presencia del psicólogo en atención primaria, que también ... pero sí, yo enfatizaría la formación del personal sanitario en todos los componentes multidisciplinarios del problema, porque que creo que no bastan las dietas de mil doscientas, o de mil cuatrocientas, o de ochocientas calorías, que es a lo que están echando mano nuestros compañeros de atención primaria, ¿no?, le bajo la ingesta calórica. Creo que no basta ... Y luego, también añadiría la prevención, probablemente desde la Fundación o desde las Consejerías, una alianza para las guías, muy prácticas para los compañeros de atención primaria, para hacerlo fácil, aunque no estén los psicólogos allí para hacer el programa ... que los profesionales de atención primaria y hospitalaria sepan, no solamente decir, “tiene usted que perder peso” o “tiene que hacer usted un poco más de ejercicio”, sino que sus intervenciones sean, cómo se hace eso, cómo se hace en casa, qué cambios en la actividad física y qué cambios en el diseño ambiental de la familia, desde la compra ... Todo eso, creo que debe estar pertrechado entre los profesionales de la atención primaria. Me parece que es un campo muy amplio en el que se puede mejorar mucho la atención sanitaria a este problema”.

Dr. Francisco Tinahones: “Pero ese pesimismo terapéutico, esa visión negativa, es un tema exclusivamente de inversión”.

Dr. Ernesto López: “¿Te refieres a la visión negativa de la obesidad?”

Dr. Francisco Tinahones: “El poco resultado de cualquier estrategia de intervención en la obesidad es lo que marca. Te pongo un ejemplo, en nuestra Unidad de Atención a la obesidad Mórbida, que está el cirujano, psicólogo, todo ... está acreditada por la Sociedad Europea de Obesidad, vamos, cumplimos todos los estándares. Hay un programa de educación. En el programa de educación hay un enfermero, educador, formado, que atiende a mil pacientes al año ... hace sus grupos y terapia individual, un programa estructurado. ¿Sabéis cuantos pacientes se perdían ya en la segunda visita?, aproximadamente el cuarenta por ciento. Acaban el programa, el treinta por ciento de los que empezaron. Ahora, otro ejemplo, un estudio de intervención para cambios de hábitos. Tenemos tres dietistas, dos enfermeras y un médico; doscientos cincuenta pacientes que seguimos y no llegamos al tres por ciento de pérdida de peso en el primer año, cuatro kilos y medio, de media de pérdida. ¿La estrategia?, se les manda a un centro para que hagan ejercicio, la dietista está continuamente, tiene un teléfono continuamente, le facilita menú individualizado...”

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Una pregunta. ¿El modelo de intervención del primer plus es generalizable al sistema sanitario?, pero pregunto. Hay, según yo leo, doce contactos individuales, más doce grupales, más tres soportes de llamadas telefónicas. Y cuando has dicho, un médico, tres enfermeras, un... para doscientos cincuenta pacientes, con la prevalencia que hay, no lo soportaría ningún sistema, el gasto”.

Dr. Francisco Tinahones: “Pero te he contado lo que es una intervención. Ahora vamos a tener fármacos que son capaces de bajar un ocho por ciento, es decir, el doble de lo que han conseguido bajar este equipo de profesionales”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Yo aquí quería decir algo, en este contexto. Primero, en muchos casos, donde tenemos un problema con una solución complicada, como es el de la obesidad, se suele apostar por la prevención ... pero eso no resuelve el problema porque hay que darle una solución a los obesos ... y en muchos de los debates acá, se huye de un problema para meterse en otro, cuando las estrategias de salud públicas tampoco son tan sencillas ni tan eficaces a corto plazo ... Entonces, si nos centramos simplemente en el problema de los obesos, pero mi impresión es que el manejo de muchas de las comorbilidades, sobre todo las más metabólicas, y la diabetes, entre ellas, se abordan bien ... se maneja el colesterol, la hipertensión arterial, la glucemia, si uno tiene infartos, incluso, si hay complicaciones osteomusculares, por ejemplo, una prótesis ... los temas de salud mental se abordan peor porque, en general, hay menos medios, pero se acaban abordado. ¿Qué es lo que no se aborda fácilmente? Pues, aquello que es difícil, que es la adiposidad, que es el exceso de peso. Pero lo que son las complicaciones cuando llegan se abordan, obviamente”.

Dr. Francisco Tinahones: “¿Pero no es una paradoja que abordemos las complicaciones y no abordemos el problema?”

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “No, no es paradójico, primero, porque peor sería no hacerle eso, porque el manejo de la adiposidad, y este es un criterio de priorización encubierto, unos lo llamarán pesimismo terapéutico, es relativamente ineficaz y, por tanto, la gente se dedica a aquello que es más eficaz ... El proyecto MedPlus, es un proyecto que todos miramos con atención y cariño, que, sobre todo, es una excelente prueba de concepto, de lo que es posible lograr en condiciones ideales, que desgraciadamente, no creo que sea un modelo de intervención extensible a todo sistema”.

Dr. Francisco Tinahones: “Sin duda”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “... y yo lo que espero es que haya fármacos eficaces y que nos los podamos permitir, porque le cambiará la cara al problema del exceso de peso. Y cuando haya estos fármacos, yo creo que muchos de estos debates serán parecidos a los de otras muchas enfermedades que hemos conseguido, no resolver, pero sí controlar... Lo que no hemos controlado es el exceso de peso, la adiposidad, pero cuando esto se consiga, serán más, en niveles razonables, más pronto que tarde, yo creo que estos debates se matizaran, seguramente”.

Dra. Irene Bretón: “Yo estoy de acuerdo y, además, una cosa es la prevención y otra cosa es el tratamiento. Las medidas preventivas están muy bien, digamos que son obligatorias, a largo plazo iremos viendo, pero no solucionan el problema a los que ya tienen obesidad, un poco por la línea de lo que comentaba antes de la asimetría, no es lo mismo y por mucho que haga una vida sana, una persona con obesidad importante puede no alcanzar necesariamente un peso adecuado, sencillamente porque haga vida sana ... En mi opinión, esto es algo muy importante. Las medidas preventivas están muy bien, pero el sistema sanitario debe evaluar a todas las personas con exceso de peso, evaluar los factores que favorecen la obesidad, las consecuencias que ha tenido la obesidad en esa persona y luego, plantearle un tratamiento. ¿Cómo? Pues, iremos viendo. Es cierto que es diferente, por el momento, de otras enfermedades, como, por ejemplo, la dislipemia, aunque tiene mucha prevalencia, o de la hipertensión porque la acción terapéutica que hay que hacer es diferente. La necesidad de intervención terapéutica es mayor en el caso de la obesidad. En el caso de la dislipemia, con un número limitado de revisiones y una intervención farmacológica relativamente barata y sencilla, se consigue controlar en la mayor parte de los casos, algo que no ocurre por el momento con la obesidad”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Yo diría más, que aplica, no solo a la obesidad, sino a los hipertensos, al dislipémico y es que, los modelos de intervención basados en los sistemas o los estilos de vida tienen eficacia muy modesta, no es igual que sea alguien con exceso de peso, que alguien con hipertensión y otro con dislipemia ... Y esto también es un reconocimiento de las limitaciones de los modelos actuales de intervención, del conocimiento científico, o de las resistencias a los hábitos, también ... Y esto hará que no podrá ser fácilmente priorizado, a corto plazo, por mucho que sectores profesionales que se ganan la vida con esto lo demanden”.

Dra. Irene Bretón: “Es cierto”.

Dr. Ernesto López: “Yo quiero señalar, lo que Fernando está señalando. Que, evidentemente, es difícil y tú has señalado ahora cambiar los hábitos desde el sistema sanitario solo, sin duda. Nos hemos puesto un reto que, como tú antes, Miguel, señalabas y yo suscribo, no le es fácil al sistema abordarlo porque igual, no le corresponde ... Pero también señalan que no es solamente prevención lo que hacemos, por ejemplo, los grupos que nosotros hemos creado. Se está interviniendo sobre el problema, sobre la acumulación de tejido graso, sin duda alguna ... sobre el peso excesivo y en este sentido, también se me ofrece dudas en esa separación que hacemos a veces entre el problema y las comorbilidades. No, es que, el problema es el peso excesivo, el acúmulo de tejido adiposo, que es el que se resuelve también en las intervenciones que hacemos ... Todo el trabajo que están haciendo los endocrinos, luego hablamos de esto, ¿no?, que hay una pregunta. En este país y que tiene un coste altísimo, como Francisco los señalaba, esto sobre el problema y sobre las comorbilidades, si intervinieran un poco más en los hábitos tan difíciles de cambiar, tendrían mejores resultados. Luego hablamos de eso también, ¿no?”

Dado que el tema derivaba hacia la siguiente pregunta, el grupo entró a debatir la cuarta pregunta de la lista propuesta:

¿Trabajan los endocrinólogos con equipos multidisciplinares? ¿Cuáles son las principales carencias actualmente? ¿Qué más profesionales habría que incorporar (cirujanos, psicólogos conductuales, etc.)?

Se ha hecho recaer en el sistema sanitario un problema que origina mayoritariamente en los hogares, las familias. Al no ser un problema que tiene características especiales y diferenciales respecto de otros que aborda el sistema de salud, hay que buscar nuevos modelos asistenciales. Se percibe que, en este caso, hay que buscar una alternativa a la atención persona a persona porque no hay suficientes profesionales para abordar un modelo tradicional.

No obstante, dentro del panorama de la obesidad, hay casos prioritarios que requieren un modelo de atención personalizado y resolutivo a corto plazo: no todo se puede abordar de la misma forma.

Actualmente, sería interesante aprovechar las experiencias en grupo y mejorarlas. Lo más acertado a corto plazo parece ser el iniciar este tipo de estrategia de

trabajo en grupo en Atención Primaria. Se trataría de adoptar el modelo utilizado en el caso del tabaquismo y estructurar de forma que se adapte al caso de la obesidad.

El uso de nuevas tecnologías permite el contacto continuo con los pacientes, experiencia que ya se aplica en el caso de la diabetes.

Si se forman equipos multidisciplinares y se atiende a un solo obeso, como sucede en los casos de obesidad mórbida, se le estaría dando un servicio VIP que no tienen otros pacientes, pero el número de equipos que sería necesario para atender así a todos los afectados y su coste, sería, a su vez, inabordable. Por consiguiente, no se vislumbran alternativas que no consideren la atención grupal para la mayoría de los casos. Los expertos están de acuerdo en este punto y tipo de enfoque, siempre que se aborde de forma realista y con evaluación continua de la eficacia. Si no hay eficacia, no hay efectividad. El futuro de la atención a la obesidad debe basarse en la transversalidad, los equipos multidisciplinares, y un abordaje integral y holístico.

En cuanto a las situaciones que enfrentan los endocrinólogos, resaltar que hace falta mucha educación y concienciación para que estos especialistas no tengan que lidiar con las creencias acerca de dietas milagro, restrictivas y de otros tipos, así como con la ingesta de fármacos no recetados con que llegan muchos pacientes a consulta.

Respuesta general a la cuarta pregunta: selección de comentarios

Dr. Juan del Llano (conductor): “Es la pregunta cuatro, que si queréis podemos entrar ya en ella”.

Dra. Irene Bretón: “(En referencia al abordaje multidisciplinar) Es necesario, pero no suficiente”.

Dr. Ernesto López: “Porque hemos hecho recaer en el sistema sanitario, la solución a un problema que tiene la mitad o más de su entidad, fuera del sistema: La familia, niños; estamos hablando de la obesidad infantil. Antes de que los niños vayan al sistema sanitario, ya están obesos”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Haciéndolo todo bien, perder mucho peso es muy difícil. Hay una enorme variabilidad. Haciéndolo todo bien”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Todo bien, sí. Y lo de necesaria y no suficiente, yo creo que acota muy bien y lleva muy bien a este tema, quizá pedirlos, si a alguno de vosotros se les ocurre alguna medida para que este camino de niveles asistenciales ... digamos, sea más armónico para el paciente, es decir, si se puede arbitrar algo en la relación entre la primaria y la especializada para que el cuidado al paciente sea más eficaz, desde el punto de vista, solo del impacto organizativo. Ya no hablamos de determinantes, ni de estilos de vida, sino únicamente, del itinerario del paciente”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “A la pregunta anterior, evidentemente, tienen que participar los dos niveles, cada uno en el nivel que le corresponda. En eso yo creo que no hay ninguna duda, es decir, que habrá casos que tengan que llegar al hospital y la mayor parte, no tengan que llegar al hospital, se podrán resolver en el ámbito de la atención primaria. Pero en todo caso, en relación ahora mismo, con lo que acabas de preguntar, lo que yo no veo y creo que, además, no va a solucionar el problema, es que traslademos el modelo asistencial que tenemos ahora mismo de atención de la obesidad. Y en esa parte estoy muy de acuerdo con lo que se plantea o que se menciona en el informe, que hay que buscar otros modelos de atención, desde luego, con consultas personalizadas, uno a uno, para esta prevalencia de población, es complicadísimo que podamos abordarlo, porque claro, si duplicamos las plantillas de atención primaria, pues igual podríamos. Pero eso es una quimera, es decir, nunca este país va a poder duplicar las plantillas de atención primaria. No, lo digo por lo de los doscientos cincuenta pacientes por profesional”.

Dr. Francisco Tinahones: “Sí, pero fíjate nada más que, aunque hubiera el educador, ya estaríamos haciendo algo. Pero es que ni eso se hace”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Pero me refiero que, en todo caso, con el modelo uno a uno que tenemos en este país, es imposible abordar esto”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “También es que, entre el todo y el muy poco, hay situaciones intermedias mejorables. Parece claro que hay que reforzar los sistemas asistenciales, como bien dices, para acercarnos a la situación de la diabetes. Aunque, yo creo que, un criterio de priorización es que el problema tenga una buena solución. Incluso, aquello que no tiene una buena solución, merece ser atendido. Porque el paciente, como persona, el paciente sufre, no es el que esperas”.

Dr. Ernesto López: “Te pide eso”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Te pide y se lo merece, el tipo de atención. Nunca se va a priorizar mucho, aquello que no tiene una buena solución, y es razonable, que este es un criterio básico de priorización. Por muy importante que sea un problema, si no tiene buena solución, no te ocupes, ¿no? Pero, hay algunas formas de ocuparse, de eficacia modesta, que se merecen los pacientes, y en las que el sistema tiene que mejorar mucho”.

Dr. Ernesto López: “A mí, me gustaría adherirme a algo, que tú has dicho Irene, antes, que tú también Francisco, has señalado. Aprovechemos las que existen y optimicémoslas, las que tú has señalado, e incluso, yo diría, en relación con lo que Miguel plantea, de las dificultades, coste/beneficio, eficiencia, recursos consumidos y eficacia. Tengo la impresión, de que, incluso las experiencias habidas, las que yo pueda conocer, de los grupos que hemos hecho. Trabajar en grupos, no solo persona a persona sino, con grupos. Y las experiencias, muestran que, incluso, sin muchos más profesionales en la atención primaria, pero, modificando, ligeramente, la metodología de trabajo, desde atención primaria con la enfermería. El trabajar con los grupos de sobrepeso y obesidad, puede ser altamente eficaz. Y cuando tú, Fernando, señalabas, creo que los que acuden, le llames enfermedad a la obesidad o no, pero acuden con ese problema y con el síndrome metabólico o, con ya, las secuelas del síndrome metabólico tienen que ser atendidos. De algo que deriva, sin duda alguna, de sus comportamientos y estilo de vida y de sus hábitos. Pero, pasa como en el tabaco también, ¿no? Fíjate, en el tabaco se empezó, con aquello de los cinco minutos, que se decía, si el médico le dice, oiga, usted tiene que dejar fumar, ¿qué porcentaje era que lo dejaban? Pero, ahí se pasó a los programas de dejación de fumar, que tienen, ya, algunos centros de salud en España, municipales, que hemos desarrollado, ¿no? Se ha dado el paso. Yo creo que, con la obesidad, se puede hacer ese camino, también. Hablabas tú, Juan, de un camino, creo que se puede hacer ese camino, probando, sin excesivas expectativas en los resultados, pero, creo que, merece la pena, en la línea que tú señalabas. Llevándolo, a la atención primaria y no solo hospitalaria, pero, cumpliendo una serie de condiciones que yo antes os ofrecía. Creo que hay que romper el pesimismo, creo que hay que romper el estigma, creo que hay que ofrecer, desde las instituciones, de las comunidades autónomas, desde el ministerio, desde las instituciones, en esa alianza público/privado, más formación, quizás, a los clínicos. Yo he dado muchos cursos por España, a los compañeros endocrinos, que lo han recibido como agua de mayo, porque no tienen una concepción multidisciplinaria del

problema y creo que vale la pena. Y las guías que acompañarían, porque, muchos compañeros de atención primaria, te dicen, es que yo, aparte de decirle, que tiene que perder peso y de ponerle la dieta de 1.200, no sé qué otra cosa decirle, de cómo se enseñan las cosas en casa, de cómo hacen las compras, de cuánto meten en el frigorífico, todas esas técnicas, que sabemos que funcionan, para perder el tejido graso, con las limitaciones, naturalmente”.

Dra. Irene Bretón: “Quería preguntar una cosa. ¿En relación con los modelos de asistencia sanitaria, podemos utilizar las estrategias actuales o hay que idear un modelo Ad hoc para este problema? Tomando otros ejemplos, por ejemplo, el modelo de la diabetes. En este caso, hay que utilizar las nuevas tecnologías y terapia en grupo, tenemos que utilizar la consulta clásica de médico/paciente a los grupos, a las consultas virtuales y otras estrategias. Ya hay publicaciones, ya hay metaanálisis, que indican que la utilización de las nuevas tecnologías es de gran utilidad en el tratamiento. Entonces, si la evaluación clínica es obligatoria, la orientación terapéutica también. Y, además, está la visión de la persona con obesidad. Y tenemos que utilizar las tecnologías, también, como se ha hecho, por ejemplo, en diabetes ¿no os parece?... Porque si no, es muy difícil, la gente sabe lo que tiene que hacer y no sabe cómo tiene que hacerlo. Quizás por eso no lo conseguimos. Yo creo, porque el modelo de asistencia debe ser Ad hoc”.

Dr. Francisco Tinahones: “Prácticamente está como inventado y testado. Es decir, si yo tengo un equipo multidisciplinar, donde hay un psicólogo, donde hay una dietista, donde hay un educador, donde haya un especialista en prescripción de ejercicio físico, eso funciona mejor. El obeso mórbido es un VIP dentro de la obesidad. A los demás pacientes le damos poco. No me atrevo, al principio he dicho nada... y digo poco. Incluso, hemos sacado, porque yo creo que ahí, Fernando, ha puesto sobre la mesa la clave. La clave, la eficacia del tratamiento. Es decir, si ese equipo multidisciplinario, consigue una baja de peso del 20 por ciento, pues, se monta el equipo. Igual, que los cirujanos bariátricos consiguen una bajada de peso del 30 por ciento y se monta el equipo. Y probablemente tú, que, hablando de eficiencia, Miguel, dirías merece la pena”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Bueno, depende cuántos equipos me pidas montar para la población de referencia. A 250 personas por equipo habría que montar muchos”.

Dr. Juan_Cabasés: “Pero, no se montarían todos de una vez. Acabarían, montándose poco a poco”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Al ver que son eficaces. La exigencia de resultados me parece una buena idea”.

Dr. Francisco Tinahones: “Está ese estigma de la obesidad, tan impregnado en todos los profesionales, en gestión, en los médicos, en todos, que yo ahora te digo, imagínate que mañana sale un fármaco que descinde el 20 por ciento del peso. Puede haberlo. Seguiría existiendo resistencia a tratar a los pacientes con obesidad con ese fármaco”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Depende del precio del fármaco. Si el precio del fármaco es asequible, no”.

Dra. Irene Bretón: “No estoy tan segura”.

Dr. Francisco Tinahones: “Igual que un GLP-1, que le estamos dando los diabéticos, por ponerte un ejemplo. ¿Habría resistencia?”

Dra. Irene Bretón: “Habría resistencia. Porque no se entendería la asimetría”.

Dr. Francisco Tinahones: “Poco a poco, vencerías. Pero, tendríamos que luchar”.

Dra. Irene Bretón: “Pero igual, no se vería necesario”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “¿Qué ocurre? Es que ahora, ya, la situación de los nuevos fármacos es tan angustiosa, en términos económicos, que todo aquello que no te salve la vida a corto plazo, como el problema de la obesidad, es cuestionado”.

Dra. Irene Bretón: “Es cierto. Y a los fármacos de la obesidad, se les piden cosas que no se le piden a ningún otro fármaco. Algo así, como que, que siga haciendo efecto cuando ya no lo recibes. Es una cosa que me llama mucho la atención”.

Dr. Ernesto López: “Ya que sacáis el tema de los fármacos y, aunque suene un poco a broma, ¿no? Hablabas antes de la depresión, ¿no? Los fármacos contra depresión no han reducido ... Yo, únicamente a los colegas endocrinos, solamente les pediría, cuidado con las dietas milagros, con las dietas restrictivas por el efecto yo-yo. Eso, ha aumentado notablemente. Los problemas de dietas milagros han aumentado muchísimo. Nuestros colegas endocrinos, han montado cantidad de dispositivos para abordar este problema, con las dietas restrictivas

y, las dietas restrictivas, lo dice la literatura, producen el efecto yo-yo. Fíjate, esta advertencia yo la haría a la gente que trabaja en esto”.

Dr. Francisco Tinahones: “Pero yo, a los endocrinos, no sé si se la haría, porque eso lo tienen claro”.

Dr. Ernesto López: “Dudo yo que, todos los endocrinos, que tienen, que abordan en sus consultas privadas ahora mismo en España, este problema, tengan claro que las prescripciones ... estoy con el endocrino y el endocrino me ha puesto y te ha puesto siempre, dietas restrictivas ...”

Dr. Francisco Tinahones: “Por dieta restrictiva, ¿a qué te refieres?”

Dr. Ernesto López: “¿Dieta restrictiva? Hipocalórica. No, no, no. Las selectivas, determinado tipo. Eso es muy común. De tal manera que al terminar el periodo de la dieta ... Pero está tan generalizado y me parece ...”

Dr. Juan Cabasés: “Solo quería añadir, aunque lo habéis dicho todo, más o menos, dando por sentado el énfasis en la eficacia de estos, los resultados de estas medidas, que no olvidemos que lo que hay que buscar es la eficiencia y, además, estar pendientes de que estas publicidades ...”

Dra. Irene Bretón: “Yo también lo he dicho, he determinado eso...”

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pero a ver, como dice nuestro amigo Vicente Ortún, si no hay eficacia, no hay eficiencia”.

Dr. Juan Cabasés: “Pero no es suficiente. Hay que demostrar una buena relación Coste - Efectividad”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Lo sé, lo sé. De acuerdo, porque estamos en un sistema público. Hay costes de oportunidad, etcétera. Sí, sí. Sin lugar a dudas”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Una pregunta de medio segundo. En vuestra experiencia, porque esta mañana he estado con la jefa de endocrinólogos del hospital, pero se me olvidó preguntarle. En vuestra experiencia, de la proporción de pacientes que veis en endocrino, ¿cuántos corresponde a obesidad?, ¿o problemas de obesidad?”

Dr. Francisco Tinahones: “Muy pocos”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “En el hospital, ¿muy pocos?”

Dr. Francisco Tinahones: “Derivados de primaria, muy pocos. Lo que, sí que tenemos, yo te digo, es el peloteo del paciente dentro del hospital”.

Dr. Francisco Tinahones: “Llega el trauma, que no se quiere operar una rodilla a un sujeto obeso, pues al endocrino para que pierda peso. Un cirujano que no le quieren operar una hernia a un obeso pues al endocrino. Ese es el movimiento del obeso...”

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Pero decidme una cifra. De la proporción de pacientes que ves, ¿qué porcentaje más o menos podría ser...?”

Dr. Francisco Tinahones: “Un 20 por ciento”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Intramuros”.

Dr. Francisco Tinahones: “No, en total el 20 por ciento de obesos”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Ya, está bien: 20 por ciento de pacientes”.

A continuación, el grupo abordó el debate de la quinta pregunta:

¿Qué soluciones propone la industria farmacéutica en el tratamiento de la obesidad? Tal y como está la situación del problema en España, sin que la obesidad sea considerada una enfermedad, ¿qué accesibilidad tienen los pacientes a los tratamientos farmacológicos? ¿Es adecuado el estado de este apartado?

En torno a la obesidad persiste la creencia de que es una enfermedad que puede curarse si se come sano, pero la realidad es diferente.

La enfermedad necesita de un tratamiento y de acciones complementarias. En el plano farmacológico queda mucho por hacer hasta lograr un fármaco potente y eficaz en el logro de la pérdida de peso.

Sin embargo, se dispone del primer fármaco para la obesidad que es efectivo en pérdida de peso. Ahora bien, se necesitan estudios a 6-10 años para analizar la eficacia de los nuevos fármacos. Se han hecho muchos ensayos clínicos, pero no ha pasado todavía tiempo suficiente como para poder hacer estudios de coste-efectividad que sean representativos.

En el tema de la financiación y el análisis del coste-efectividad, poniendo en común el conocimiento adquirido, se llega a la conclusión de que no hay estudios de coste-efectividad de referencia. Entre las razones para ello está el que no ha habido tiempo para saber si los fármacos de última generación son efectivos, aunque se sabe que reducen el peso significativamente, mejoran morbilidad y tienen otros beneficios. La sostenibilidad del resultado en el tiempo es una incógnita.

Se calcula que el tratamiento estándar farmacológico está en torno a los 280 euros al mes y no está financiado, lo cual puede hacer que su ingesta no se pueda mantener todo el tiempo que sería deseable. En el Ministerio no hay previsión de financiación de la obesidad: está en la cartera, pero no de forma explícita. No hubo forma de abrir esa vía en toda Europa. Hay otras patologías que tampoco están financiadas. En el caso del tabaquismo, dependiendo del programa, se financia el tratamiento. Sin embargo, como una elevada proporción de pacientes tiene concomitancias, es probable que parte de sus tratamientos se financien indirectamente.

El tema del precio de los fármacos es fundamental para poder llevar a cabo estudios. Lo ideal sería tener un fármaco que permitiese comer a las personas lo que quisieran.

Si se diseñase bien la atención en AP, todo se podría ir financiando progresivamente y sería mejor poder proporcionar la cobertura a través del sistema sanitario. Pero, para poder justificar todas las intervenciones, sería necesario poder evaluar hasta dónde llegan. Para ello, a su vez, es importante acotar qué se entiende por eficacia y eficiencia, así como analizar cómo se mantienen los resultados en el tiempo. Actualmente, se sabe que no todos los obesos que siguen un tratamiento o han sometidos a intervenciones quirúrgicas llegan a mantenerse y a cambiar para siempre: un porcentaje significativo recae, por lo que hay que diseñar intervenciones paralelas que se ocupen de este problema. El porcentaje de fracaso tras cirugía puede llegar a un 20%, pero los que siguen tomando el nuevo fármaco consiguen seguir perdiendo peso.

Por ahora, la realidad es que existe al menos un fármaco que reduce el peso significativamente, fármaco que puede ser prescrito, pero que el paciente debe costear, sin que se vislumbre una solución a corto plazo que cambie esta situación.

Respuesta general a la quinta pregunta: selección de comentarios

Dr. Juan del Llano (conductor): “Vamos ahora a la quinta, si os parece, vale. Soluciones, están como nuevos fármacos. ¿Os parece que esta es una de las soluciones posibles? ¿Son accesibles? ¿O como comentaba Miguel al comienzo? Pues, parece ser que los fármacos, hasta ahora, los que hay disponibles se autorizan, pero no se reembolsan con fondos públicos. ¿Cómo veis este asunto?”

Dra. Irene Bretón: “Son eficaces. No está demostrado que sean eficientes porque, ni hay estudios de coste/efectividad, o no los conozco, no he visto que haya ahora mismo, Paco corrígeme si me equivoco, estudios de coste/efectividad”.

Dr. Francisco Tinahones: “Los estudios de coste/efectividad dependen de las oportunidades de realización... son de investigadores dependientes de alguna entidad”.

Dra. Irene Bretón: “Ya, pero vamos, que no hay datos ahora que tengamos ...”

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pero Irene, esto es, ¿porque no llevan suficiente tiempo en el mercado?, ¿o porque no ha dado tiempo de poner en marcha una observacional?, ¿prospectivo?, ¿o por qué?”

Dr. Francisco Tinahones: “Claro, porque si tu intervienes en obesidad, los efectos, el beneficio, los vas a tener a largo plazo”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Pero, decís que sí, que tienen beneficios”.

Dra. Irene Bretón: “Sí, sí. Eso sí. Consiguen disminuir el peso, las comorbilidades, y mejoran, por ejemplo, la apnea del sueño, disminuyen el riesgo de que las personas con prediabetes tengan diabetes, o sea, eso está demostrado”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Pero ¿y no es un poco raro que no se haya hecho ningún ensayo clínico?”

Dr. Francisco Tinahones: “No, hay muchísimos”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Ah, vale, vale”.

Dr. Francisco Tinahones: “Han aprobado. Por ejemplo, ahora, el Liraglutide 3.0 que es un análogo de GLP-1”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “El fármaco que se pincha”.

Dr. Francisco Tinahones: “Liraglutide 3.0 tiene una cantidad de ensayos a corto plazo. Claro, lo que no hay, es un estudio a largo plazo de varios años”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pero, a ver, está autorizado, pero no financiado”.

Dr. Francisco Tinahones: “No está financiado”.

Dra. Irene Bretón: “La idea es, ¿cómo se financia y a quién? Está financiado para la diabetes”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Yo no soy ningún experto, pero, esto ¿no es un poco inequitativo?”

Dr. Francisco Tinahones: “Totalmente”.

Dra. Irene Bretón: “Prescribirse, pero lo tiene que pagar”.

Dr. Francisco Tinahones: “Se lo tiene que pagar, ¿Incluso siendo diabético? La dosis que requiere la obesidad es mayor. O sea, es diabético, si le pones la dosis de obesidad, ¿lo tiene que pagar?”

Dra. Irene Bretón: “La idea es ¿cómo hacerlo?”

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Que, por cierto, tiene un precio imposible”.

Dra. Irene Bretón: “280 euros al mes”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “O sea, que no podría entrar por la puerta de los del tabaco, que ahora parece que se vuelve a estudiar. No, yo creo que este

es un debate muy interesante, ¿no? Es decir, aquí hay una tensión, entre la definición de la economía como la ciencia de la escasez, mucho más en lo público, que los recursos son muy limitados, que tenemos que hacer un uso razonable y razonado de los mismos y bueno, ¿por qué unos sí y otros no? Es decir, porque financió el último cartel o la última no sé qué, que no son 250 sino, 250.000. Y no financio esto otro, que, oye, no sé, impacta en calidad de vida, ¿verdad Juan?, impacta en otra serie de... no sé pregunto, vaya”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Yo desconozco las circunstancias concretas, por las que este fármaco no está cubierto. No sé si no tiene aprobada la indicación de obesidad”.

Dra. Irene Bretón: “La tiene aprobada. La tiene aprobada para índice de masa corporal mayor de 30 o 27 con comorbilidad. Esta aprobada”.

Dr. Francisco Tinahones: “Hemos probado diversos fármacos en las últimas décadas, es decir, no es el primer fármaco. Es el primer fármaco, con una efectividad sólida. Pero ... ningún fármaco, en toda la historia de fármacos indicados para la obesidad, son financiados”.

Dra. Irene Bretón: “Nunca se ha financiado”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “¿Y esto por qué? No lo sé”.

Dr. Ernesto López: “Yo también tengo esa duda”.

Dr. Irene Bretón: “Yo no estoy tan segura”.

Dr. Francisco Tinahones: “Existe un a priori y, el a priori es que no se aprueban fármacos para la obesidad”.

Dra. Irene Bretón: “Es que “no hace falta”. Que vaya comiendo sano y se soluciona la obesidad. No se entiende la asimetría”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pero ¿no utilizarán la excusa de que no es una enfermedad?”.

Dra. Irene Bretón: “Se utiliza la excusa de que la obesidad se curaría siempre si uno come sano, lo cual, no es cierto”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Hombre, y lo del tabaco, también, claro”.

Dr. Juan Cabasés: “No lo sé. Estoy pensando, si hay alguna razón para esto. Medicamentos que no logran resolver problemas vitales, pero alargan la vida unos meses o los nuevos medicamentos biológicos, la inmunoterapia que tienen un apoyo científico, biológico, de muchísima importancia, es por lo que se está apostando actualmente. Yo no sé si los nuevos medicamentos para la obesidad cumplen estas características. En todo caso, su precio es, de momento, muy elevado”.

Dr. Francisco Tinahones: “Claro, la mayoría de los estudios que se han realizado para probar estos fármacos, son estudios donde la variable principal es pérdida de peso.

Para reducir eventos cardiovasculares, pues si hace falta un estudio a seis, siete años. Que, por ejemplo, los estudios que hay con cirugía de la obesidad, los más potentes, son estudios de años y demuestran claramente, que hay una disminución de mortalidad”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Yo quería preguntarle. Juan, ¿hay algún estudio que relacione de coste/utilidad? En el sentido de años de vidas ganados por calidad, utilizando el medicamento, o no utilizándolo, o hay muy poco tiempo, desde que, es que yo no sé, ¿desde cuánto tiempo lleva en el mercado?”

Dr. Juan Cabasés: “Existen algunos estudios Coste Utilidad de medicamentos y otras intervenciones contra la obesidad. Los resultados muestran elevada efectividad a corto plazo de los medicamentos, pero costes demasiado elevados para los umbrales coste - utilidad habitualmente considerados (30.000\$ por QALY9 (Finkelstein y Verghese, 2019)”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Desde el 16”.

Dr. Francisco Tinahones: “En el 16 se aprobó, pero aquí, empezamos a prescribirlo en el 17. Lo aprobó la Dirección General de Farmacias el 16”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “¿Se utilizaba para diabetes?”

Dr. Francisco Tinahones: “Para diabetes se utilizaba, pero en dosis más bajas, a la mitad de la dosis, y se demostró, que, subiendo la dosis del fármaco, era más eficaz para perder peso”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Quizás el factor presupuestario”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Voy a ser un poco abogado del diablo. Hay otras patologías en las que, tampoco, se financia su tratamiento, ¡eh! Esto no es una novedad”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pero, poquitas”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Bueno, la gripe, si las epidemias de gripe no generan pacientes...”

Dra. Irene Bretón: “No sé cómo se podría lograr”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Y en el tema del tabaco hay, básicamente, dos argumentos. Estos medicamentos, se toman durante el tiempo en que tú no estás fumando”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Y segundo, allí, donde se financia, es porque hay un programa de acompañamiento, donde hay alguien que garantiza que el fármaco va a duplicar la cesación tabáquica ...”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Hombre, pero aquí, se podría hacer lo mismo, es decir, porque si hemos quedado, que al paciente obeso se le trata pluridisciplinariamente, de una manera, en equipo y transversal y se le mete en algún programa, pues, si se le mete en un programa, igual, que se le mete a un señor para dejar de fumar, pues se le podría ¿no? Y a esos que están metidos en programas, financiar el medicamento”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “El informe de posicionamiento terapéutico, que este es un elemento válido”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “No, no tiene IPT”.

Dra. Irene Bretón: “Tiene indicaciones en la ficha técnica, pero no tiene IPT”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Lo que no sé es si la agencia está trabajando en un IPT, ¿sabéis?”

Dra. Irene Bretón: “Yo creo que no”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Pero, es que el IPT se hace, si hay previsión de que se vaya a meter en la prestación, si no se va a meter en la prestación y parece que lo está claro es que...”

Dr. Francisco Tinahones: “Hay un a priori que no. Como presidente de la sociedad e Irene también, nos hemos reunido con numerosos políticos con poco éxito, ninguno”

Dr. Juan del Llano (conductor): “Con el ministerio. Una pregunta Francisco, porque entonces, no me queda claro, a ver, once, diez, enfermedad, como prestación básica cubierta”.

Dra. Irene Bretón: “La obesidad, sí”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pues, si está la cartera, yo creo que habría que tratarla como cualquier otra prestación. Hacer esta distinción, a mí me produce perplejidad, no lo sé, pero es por desconocimiento”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Está la cartera, pero no de forma explícita. Es decir, claro que está la cartera porque es una enfermedad y, por tanto, un paciente que vaya a un centro de salud hay que atenderle, pero, en ningún sitio de la cartera básica de servicio, dice, la sanidad te atiende la obesidad”.

Dra. Irene Bretón: “Pero el motivo de consulta, puede ser la obesidad. El único. Yo voy al médico porque tengo obesidad. No sé, igual la única solución sería, que se empezara a negociar un IPT un poco más restrictivo, como hay algunos fármacos, que tienen indicación más amplia, especificando en qué casos se puede financiar. Por ejemplo, cuando aparece una nueva enfermedad. Por ejemplo, aquel paciente con obesidad que se le ha diagnosticado una apnea del sueño. Entonces, en ese caso, y como parte de un programa de tratamiento de la obesidad, se podría financiar, no lo sé, pero empezar por algo y luego ir valorando”.

Dr. Francisco Tinahones: “Primero intentaron que el Liraglutide 3.0 lo cubriera el sistema publica, pero de una forma muy restrictiva, por ejemplo, que fuera un paciente con indicación de cirugía de la obesidad, a ver si se podía sacar la indicación, no hubo forma. No hubo forma de, incluso, restringiendo el uso del fármaco, porque no se quiere abrir ese melón. Prácticamente, no se quiere abrir ese melón en todo Europa”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Perdona, una pregunta Juan. Lo digo porque la economía que está tan en boga, la economía conductual, no sé, los empujoncitos, aquí pueden ayudar a que esta regulación sea un poquito más razonable, es decir, lo está diciendo ella, de alguna manera. Oye, mira, sí además de gordito, tiene diabetes pues, le reembolso. Seguramente, si haces un experimento de esos, funcionaría, ¿cómo lo ves?”

Dr. Juan Cabasés: “El problema es demostrar la eficiencia de los nuevos medicamentos, muestra una buena relación Coste – Efectividad, que hasta ahora parece no será así. Respecto a las políticas tipo Nudge. hay experiencias de políticas de tipo Nudge (pequeños empujoncitos) que están funcionando. Como ejemplo, Toni Mora y Beatriz G. López-Valcárcel: Breakfast choice: An experiment combining a nutritional training workshop targeting adolescents and the promotion of unhealthy products. Health Economics. 2018; 27:306–319. Una simple información a los escolares, permitió modificar hábitos de alimentación en los desayunos hacia consumo más sano”.

Dr. Francisco Tinahones: “No”.

Dr. Juan Cabasés: “Y creo, que ese sería el salto y, además, que el colectivo de profesionales, digamos, interesados en esta tarea”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Estén por la labor de empuje. Pero, puede ser que no lo haya demostrado, porque lleva poco tiempo en el mercado. Claro, es que a lo mejor esa es la película, yo no sé”.

Dra. Irene Bretón: “Yo no sé mucho de economía. Pero, entiendo que depende de lo que busques. Si buscas un efecto sobre la mortalidad, ¡vas a tener que esperar muchos años!, pero, si lo que evalúas, desde el punto de vista de la economía es que el paciente deje de llevar una máquina para respirar por la noche, probablemente puedas tener resultados antes. O sea, que depende un poco de lo que consideres”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Claro, es que depende de cómo hagamos el ensayo y la muestra de pacientes que escojamos. Si los escogemos con concomitancias, si influyen las concomitancias o no”.

Dra. Irene Bretón: “Si la cirugía bariátrica, que ha tardado diez, el fármaco va a tardar veinte o más”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Y en todo caso, perdonadme, lo que pasa que aquí parece que yo soy Ministerio de Hacienda, y no, ¡eh! Pero vamos, es fundamental el tema del precio”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Bueno sí, desde luego, para hacer los estudios de costes”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Y de impacto”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Y también, para que se repose, obviamente”.

Dr. Juan Cabasés: “Los estudios de coste efectividad hoy suelen, normalmente, acabar diciendo calculando el precio del medicamento que permitiría que el ICER (razón Coste –Efectividad) se encuentre por debajo del umbral del precio considerado en el país, lo que sugiere negociaciones con las empresas farmacéuticas sobre el precio, el riesgo compartido u otras formas de compartir la responsabilidad”.

Dr. Ernesto López: “Pero, si no resolvemos esto que discutíamos antes, de cómo diseñamos la metodología de atención, en atención primaria, pues, es difícil. Sin embargo, si se resolviera en atención primaria y si hicieran intervenciones como las que antes hemos tratado de diseñar, posiblemente, se daría esta circunstancia de que conjugaríamos un programa, bien establecido en grupo, lo mismo que se hace, por ejemplo, con tabaco, ¿no? Pero, por otro lado, creo que, otra de las razones que puede haber en las instituciones para resistirse a esto, aparte de los temas del problema del laboratorio que, ¿cuánto le interese? ¿cuánto anticipa que va a haber de beneficio o no, dependiendo de los cambios que haya en las instituciones? Creo que también, el hecho de que se esté tratando de un comportamiento y estilo de vida, y no estoy victimando, disculpando a la víctima, pero, tratándose de eso, el sistema dice, si es un comportamiento de estilo de vida, que la gente lo cambie ¿no? Y luego, me gustaría preguntaros, ¿que entendemos aquí, de los fármacos, por eficacia y eficiencia?, ¿y cuánto es el pronóstico de esa eficacia? Porque también, os traslado mis dudas y mi escepticismo ... Me parece importante, justamente, para los costes de eficacia y de efectividad. Lo digo porque tengo dudas, de que, supeditando esta intervención a los fármacos y generando la esperanza en los fármacos, sin cambiar, volvemos al tema de antes, sin cambiar, el complemento, si dudo, ahí me diréis, dudo que resolvamos este problema, dudo que lo resolvamos. Porque ha pasado también, con el tabaco. Al momento que dejas de tener esto, si tú no has he-

cho otros cambios, vuelves a fumar. Si tu dejas de tomar fármaco, salvo que lo hagas de forma crónica. Por eso me interesaría ver, ¿qué es la eficacia?, ¿cómo la definís?, ¿y cuánto seguimiento podéis hacer?, para decir, oye, por lo menos seis meses, por lo menos un año ... No estoy hablando de restringir el fármaco, estoy diciendo cómo acompañar el fármaco, de intervención, pero me gustaría señalar esto, porque efectivamente, si no, sería ... Estamos hablando de coste de un derroche enorme económico. Si sabes que después de un año, de dos años, volvemos a las andadas, y al acabo de otros dos años ha recuperado el peso, y tenemos que volver a hacer la intervención”.

Dr. Francisco Tinahones: “Pero hay que seguir tomando el fármaco. Ahora mismo, en los estudios que hay de seguimiento, se sigue perdiendo o se mantiene el peso”.

Dra. Irene Bretón: “Se mantienen”.

Dr. Ernesto López: “Pero, en diabetes, como sabes, si haces cambios en los estilos de vida, se reducen los índices de glucemia”.

Dra. Irene Bretón: “Ya, pero no se deja de tratar. Sabéis, el estudio Direct en el que, haciendo una intervención intensiva de pérdida de peso en diabetes recién diagnosticada, al año, el 80 por ciento de los que han perdido 15 kilos, no tienen diabetes. Esto es algo muy relevante. Y sabiendo esto, a las personas con diabetes no se les niega su tratamiento, porque no hayan perdido peso. Sigues atendiendo a una persona con diabetes, que no ha perdido peso”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Ernesto, para eso existe lo que se llama intervenciones híbridas, ¿no? Que es donde tú estabas, Juan Cabasés, es decir, hagamos un contrato de riesgo compartido. Sigamos pacientes, ¿no?, ¿ni siquiera? Vale. ¿Por dónde irías tú entonces?”

Dr. Francisco Tinahones: “Ya. No, pero, por garantizar que estás pagando lo que merece la pena en términos de valor”.

Dra. Irene Bretón: “De todas maneras, en la ficha técnica hay algo que ayuda. La ficha técnica”.

Dr. Ernesto López: “Yo lo haría posible, yo lo trabajaría”.

Dra. Irene Bretón: “Pero en ficha técnica hay una cosa que ayuda. Yo estoy en la comisión de farmacia en el hospital y siempre se evalúan los criterios de retirada ... O sea, esto es algo interesante, que ya está en la ficha técnica. La ficha técnica, te indica que, si a los tres meses no has perdido un porcentaje determinado de peso, quítese el fármaco. Entonces, eso es un mecanismo de seguridad, que ya está en ficha técnica”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “El objetivo socialmente deseable, desde luego”.

Dr. Juan_Cabasés: “Claro”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pero, igual que beber todo lo que quieras y que no tengas la... para tocar el coma”.

Dr. Ernesto López: “Los romanos lo resolvían vomitando”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Que mal lo pasan”.

Dra. Irene Bretón: “Está en ficha técnica, que, si a los tres meses no funciona, se quita”.

A continuación, el grupo abordó el debate de la sexta pregunta:

¿Hay responsabilidad de la industria alimentaria en el crecimiento del problema?

La responsabilidad del crecimiento del problema es de ambas partes, del consumidor y de la industria. Una de las pruebas de que esto es así es la existencia de doble carga en muchos países: todos tenemos cierto grado de responsabilidad en nuestro consumo, pero también es cierto que la oferta alimentaria facilita el acceso a muchos productos que no son saludables y que tientan a las personas.

Dado que no basta con la educación y que muchas personas no se controlan, parece que, en algún grado, se necesita intervención gubernamental para poner límites a ciertas cosas. Algunas medidas como la tasa para bebidas azucaradas ya se están aplicando en algunos países o en zonas de los mismos para disuadir el consumo excesivo de estos. En general, debería de existir una colaboración más amplia entre el gobierno y la industria, pero todo apunta a que se está progresando en este capítulo. Por ejemplo, además de la regulación de azúcares,

se pueden mencionar acuerdos de carácter voluntario para regular el sodio y otros ingredientes.

En España no tenemos lobbies “reconocidos y registrados” dentro de la industria alimentaria, y en general, se percibe que muchas marcas se apuntan a la realización de productos alternativos más saludables: no todas las empresas lo hacen mal. Por ejemplo, en estos momentos, la industria alimentaria está trabajando con menos azúcares. Sin embargo, a nivel global se percibe una elevada influencia de los lobbies en cuanto a la confusión que se genera acerca de lo que es bueno y malo en el ámbito del consumo de grasas y azúcares. El etiquetado informativo ha tardado en aparecer y todavía no existe un consenso en torno a la información que debe aparecer y la forma en que debe hacerlo para que el consumidor pueda tomar decisiones bien fundamentadas. Dentro de este apartado, el uso de los colores del semáforo (rojo, naranja y verde), se considera muy acertado para que el consumidor pueda distinguir entre lo que es mejor y peor para la salud, pero las etiquetas bien construidas, aportan, además, información de gran valor.

La industria alimentaria no quiere perjudicarnos, ya que hacerlo iría también en su contra, pero mucha gente compra productos no saludables sabiendo que no lo son e incluso cuando la industria crea variantes que son más saludables y que pone a la venta junto con las que no lo son: el aspecto, los sabores y otros factores inciden en el comportamiento final del consumidor y se necesita auto-control y fuerza de voluntad para actuar razonablemente respecto de la oferta alimentaria actual que se despliega en los países desarrollados.

Es importante tomar conciencia de que la obesidad afecta a muchas personas, no sólo en cuanto a su salud, sino desde un punto de vista psicológico y de integración social. Se ha demostrado que las personas obesas, por ejemplo, tienen mayores dificultades que las que no lo son a la hora de encontrar un trabajo y ser contratados. La estrategia NAOS contempla estrategias de mejora, especialmente, en el ámbito de la educación sanitaria y la información. Su amplia experiencia en este terreno avala sus intervenciones, pero la estigmatización de la obesidad está arraigada y hace falta persistencia para seguir combatiéndola.

Finalmente, en el tema de la publicidad, se perciben mejoras, si bien persiste en cierto grado el lanzamiento de mensajes contradictorios, como es el caso de la emisión de un anuncio de comida saludable, seguido de otro en que se ofrece todo lo contrario.

Respuesta general a la sexta pregunta: selección de comentarios

Dr. Juan del Llano (conductor): “Yo creo que Fernando nos ha dado paso, magistralmente, a la pregunta seis, donde vamos a alimentaria, nos salimos un poco de la farmacéutica, que seguramente, tiene responsabilidades en el problema que nos ocupa ... ¿Qué pensáis?, ¿qué parte alícuota le toca a todo el lobby de los azúcares, sales, los precocinados, las comidas rápidas, el estilo de vida, otra vez, de decir? Venga, Fernando, ¿Con cuál?”

Dr. Juan Cabasés: “Por lo que he leído, realmente, está siendo en contrapeso, de los esfuerzos de salud pública, para resolver las cuestiones. Sobre todo, en los esfuerzos preventivos, donde están siendo un auténtico contrapeso. Ver, por ejemplo, European Observatory on Health Systems and Policy: Addressing Obesity in Europe. Eurohealth 2019; 25(1)”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “¿Te refieres a los lobbies y a todo eso?”

Dr. Juan Cabasés: “No. Para España yo diría, el problema que tenemos en España es que no tenemos lobbies reconocidos oficialmente, y no están registrados ni regulados”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pero ¿lobbies a favor de la salud pública, no a favor del consumo de azúcar?”

Dr. Juan Cabasés: “A favor de consumo de azúcar. Debería haber una legislación nueva que diga “no, no, yo vengo a venderle a alguien la idea del azúcar”, y que el ministerio le diga “ya se verá”. Quiere decir que, el problema de la falta de lobbies es que, el poder que le das a la industria es muy superior”.

Dr. Ernesto López: “Lobbies reconocidos. Vale, vale”.

Dra. Irene Bretón: “A mí me parece que la industria alimentaria, como cualquier industria, que vende coches o tornillos, lo que quiere es ganar dinero. Entonces, igual los esfuerzos están que ganen dinero vendiendo cosas que sean menos perjudiciales ... Incluso, las industrias de los refrescos dicen que en lo que ellos venden, están utilizando menos azúcar que hace 15 o 20 años y eso, parece que sí, que es así. Pues, que vendan lo que quieran vender, pero que sea más saludable”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Hay factores, que no se nos puede olvidar, que es otro factor, que sea el que más precio. Si es seco, pero es el doble, lógicamente, porque lo que está muy claro también y el estudio lo dice claramente. ¿Con cuál es el mayor índice de correlación de las variables que se analizan en el estudio de la obesidad? Con el tema económico”.

Dra. Irene Bretón: “Sí, es verdad”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Con lo cual, lo que está muy claro, es que el tema económico, condiciona claramente la obesidad”.

Dr. Juan Cabasés: “Claro, el objetivo es hacer productos adaptables a un precio razonable para que la gente los pueda consumir. A mí no me gustan nada las preguntas”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Quitamos responsabilidad. Tiene razón. Vamos a reformularlas todas, igual que vamos a dejar a vosotros, que también, lo que habéis dicho. Nosotros vamos a reformular todas las preguntas”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Esto es un ejemplo excelente, tal como los entendemos, de un modelo causal biopsicosocial: tu biología, tus conductas interaccionan con el medio ambiente, entre los cuales, están los fabricantes de palmeritas ... y fruto de todo esto, pues, unos comen más, otros menos, una cantidad impactante de la población, pero, como hay un modelo biopsicosocial, yo no descargaría la responsabilidad solo en una de las partes ... Tampoco, me olvidaría de que, la humanidad ha pasado hambre hasta hace cuatro días y que ahora podemos comer todo lo que queramos por cuatro perras. Parece que esto es un drama, y es todo lo contrario, ... Y que, hay muchos países, que siguen teniendo la doble carga, el peso corporal, pues, donde está el desnutrido. Y entonces, ¿cómo?, con todas las políticas que ya conocemos, pero no es necesariamente nuestra responsabilidad ... Eso es la educación, pero también, la regulación. De hecho, el ministerio, está preparando una guía que pretende orientar a las asociaciones públicas en las contrataciones públicas de restauración, colegios, etcétera, para optar por ciertas cosas, limitar la publicidad ... Aquí hay responsabilidades compartidas por todos, y entre todos iremos mejorando el problema. Por cierto, la industria alimentaria, tiene un papel central que, además, está encantada de aportar, que es la reformulación de alimentos, para hacerlos cada día más saludables. La reformulación también reduce desigualdades”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “El tema fiscal, como ha dicho Miguel, la tasa de bebidas azucaradas, como se ha hecho en Cataluña, ¿Cómo lo verías Juan?”

Dr. Juan Cabasés: “A mí me parece que es una vía perfectamente legítima y es atractiva, y está orientando el consumo hacia prácticas más saludables. Hay experiencias también en otros países”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “En México ha bajado el 10 por ciento la morbilidad, por la tasa de las azucaradas. ¿No tanto?”

Dra. Irene Bretón: “No, el consumo sí”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Y esto forma parte de un paquete”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “De un paquete, claro”.

Dra. Irene Bretón: “Es que no es una medida única”.

Dr. Francisco Tinahones: “Lo que sí influye es hacia donde dirigen el conocimiento de qué es lo saludable. Es decir, los lobbies, que producen, fundamentalmente, productos con azúcar, defienden que las malas son las grasas y que la actividad física es la clave ... y los lobbies de la grasa nos dicen que, con las grasas saturadas, no pasa nada. Ahora hay argumentos que dicen que las grasas saturadas. Yo sí culpabilizaría algo en la influencia que tienen los lobbies en confundir los resultados de la ciencia, que la tienen”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Yo estoy totalmente de acuerdo y aquí sí que hay un récord muy bien ilustrado del papel de algunas industrias financiando investigaciones que dirigen la atención hacia ciertas cosas, no publicando las investigaciones que no les interesan, pero yo creo que esto tiene un impacto relativamente modesto y lo hacen no solo los lobbies ...”

Dr. Francisco Tinahones: “El tema de los lácteos, ha pegado un bajón, el consumo de lácteos en el país ha tenido un bajón brutal en los últimos diez años. Y ¿por qué han bajado el consumo de lácteos? Porque hemos demonizado las grasas saturadas. Y han bajado los lácteos, porque el otro lobby, el del azúcar, nos plantea que lo malo es la grasa”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Yo estoy de acuerdo en que la responsabilidad debería ser entonces, compartida y que tú al final escojas, pero claro, tú, para escoger, también tienes que tener una información ... y durante mucho tiempo los etiquetados no han sido correctos, no se decía claramente el contenido de los alimentos, incluso todavía falta que esa información nutricional que se da se pueda visualizar por parte del consumidor de una forma rápida ... porque, si un yogur tiene catorce gramos de azúcar y otros siete, desde luego, hay una diferencia clara. Pero, además, tiene que haber una forma clara de visualizarlo y que hasta ahora no ha sido, y que, lógicamente para poder elegir libremente tienes que tener la información, porque claro, si además de los gramos de azúcar, se etiquetara “este es rojo y este es verde para su salud”, igual cambian los hábitos”.

Dra. Irene Bretón: “No es fácil. El etiquetado frontal no es fácil de entender porque solo compara los elementos del mismo grupo y de una misma categoría”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Por eso digo, que tiene que haber también un elemento de identificación fácil para el consumidor”.

Dra. Irene Bretón: “No está solucionado lo del etiquetado”.

Dr. Francisco Tinahones: No es fácil. Paracelso decía que nada es veneno y que todo es veneno, solo cuestión de dosis. Por ejemplo, al aceite de oliva ¿qué le pones? ¿Saludable o no saludable?”

Dra. Irene Bretón: “Teóricamente no va a llevar etiquetado”.

Dr. Francisco Tinahones: “No va a llevar, pero si tuvieras que ponérselo. El aceite de oliva magnífico, pero el aceite de oliva en exceso es una causa de obesidad ya que su contenido calórico es alto”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Hay que tener una orientación, lo que no se puede es ir a ciegas, las personas tienen que poder elegir con información”.

Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo: “Yo no estoy diciendo que eso no sea así, lo que digo es que esto ya está inventado. Que hay medidas de salud pública que influyen en muchas de estas cosas ... que se promueven mediante alianzas dentro de los poderes públicos que son claves y sectores que trabajan a favor de la salud, y que se está avanzando mucho, pero que la solución no es decir que estos son los malos de la película ... Y todas estas cosas, porque muchas

de las cosas que ellos hacen, han llegado para quedarse y funcionan muy bien. No voy a dar marcas, pero hay comidas procesadas que te puedes calentar en dos minutos y que son excelentes ... O sea, no todos lo que hace la industria alimentaria es malo, también tiene que ver con la dosis..., pero por eso no me gusta solo este planteamiento”.

Dr. Juan Cabasés: “Me parece que la propuesta podría ser que haya una colaboración, que, aunque a veces se dice que esa colaboración no redunde en una mayor calidad de vida, pero a mí me parece que sería esa la línea”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Para los despachos del ministerio que es donde se hacen los informes y todo esto”.

Dr. Juan Cabasés: “Y el otro aspecto para mí, a enfatizar, es el que has mencionado en tu mini discurso, en tu mitin, ese de las desigualdades. Esta es una enfermedad que tiene un gradiente social tan evidente, donde no puedes responsabilizar lo mismo a todos los individuos. No todos somos igualmente competentes para entender y adoptar estilos de vida sanos. Es en los más desfavorecidos donde habría que poner el énfasis en trabajar con grupos sociales concretos. Sabemos que las señoras tienen más dificultad para emplearse si son obesas. Pues ahí, tenemos un grupo con el que trabajar, donde todos podríamos avanzar algo”.

Dr. Ernesto López: “Es volver al principio a hablar del criterio de intersectorialidad y, por tanto, según decía Fernando, la responsabilidad social corporativa de las empresas, no es solo es solamente negativa, por fortuna asume una responsabilidad positiva ... por el bienestar de los ciudadanos, aparte del beneficio que persigue. Por tanto, una concepción intersectorial de este problema y por tanto el tema de las desigualdades sociales y de la pobreza, vinculada a la obesidad. ¿Cómo no tener en cuenta eso? ... Y luego, señalar que la propia administración, como ya señalaba Fernando también, la estrategia NAOS contempla este aspecto y la agenda veinte treinta de la ONU reciente, contempla en uno de los objetivos este aspecto de la industria alimentaria y de la alimentación. Por tanto, hay abundancia, por decirlo así, de programas y de planes para resolver el problema ... y sin duda alguna, la responsabilidad de la industria alimentaria es importante, en relación con la publicidad, creo que el tema de la legislación es importante aquí, sin duda alguna y ha habido cambios, como antes señalabais, en porcentajes altos ... en los contenidos de los productos, pero forzados también por la legislación, sin duda alguna”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Sí, les han obligado a reducir grasas, a reducir azúcar...”

Dra. Irene Bretón: “Son acuerdos voluntarios en Europa, pero no es lo obligatorio ni siquiera que no haya grasas trans, son acuerdos voluntarios, la legislación no obliga ...”

Dr. Ernesto López: “Por tanto, habría que abundar en la legislación”.

Dra. Irene Bretón: “Y eso en Europa no se va a poder hacer”.

Dr. Ernesto López: “Una última cosa, con respecto a la responsabilidad social corporativa de las empresas y responsabilidad del sistema, algo que tal vez hemos olvidado un poco, desde la perspectiva de la salud pública ... que es la educación para la salud y el marketing social. ¿Cuánta información buena se les da a los ciudadanos? ¿Cuánto se les comunica? ¿Por dónde les llega? ¿Cuánto esfuerzo están haciendo las administraciones en las televisiones y en la radio para hacer a diario, educación sanitaria para la población en estos temas? ... Para que no dependa solamente de la empresa que cumpla la legislación, sino que los ciudadanos tengan también una buena información, respecto a los comportamientos y estilos de vida, respecto al consumo ... creo que eso, que lo hemos trabajado mucho en los años ochenta, noventa, desde la perspectiva de salud pública, creo que ahora mismo las instituciones, y hablo del ministerio e incluso, de las comunidades autónomas ... me da la impresión de que hemos perdido interés en este trabajo de educación de salud de los ciudadanos”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Puede ser la paradoja de la prevención ¿verdad? La conocemos muy bien”.

Dr. Juan Cabasés: “Se me ocurría que, pensando en profesionales que podrían hacer esta tarea, no se ha hablado de los farmacéuticos con oficina de farmacia e igual podrían ser los adecuados”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “En el informe sí se dice. Y otra de las cuestiones que apuntaba Javier, es cuando vayas al súper o donde vayas a comprar, sobre todo, personas de años, ya llevamos viviendo muchos años, por lo cual, si se nos olvida esto, vamos de culo, porque, lo de catorce siete no lo ves ... En Europa se intentó, y quizá aquí, Irene, es donde viene las dificultades, el implantar los semáforos, o sea, en el etiquetado. Ahí operaron fuertemente los lobbies y

se impidió, es decir, no hay semáforos en los alimentos ... ni frontal, ni lateral, ni trasero, es decir, no hay semáforos. El semáforo realmente, a personas con discapacidad, que lo que todos somos discapaces, nos ayudaría mucho, porque lo ves ... No sé, esto como lo veis, tú dices que los acuerdos voluntarios, porque en el tema regulatorio aquí es, usamos la coerción, dejamos que los agentes se muevan ellos solos, ya se van poniendo de acuerdo ... utilizamos el marketing en positivo, como dice Ernesto, marketing social o el marketing agresivo para vender cada vez más, simplemente enfatizando en el sabor y en el gusto y en placer, en fin, ¿cómo podemos balancear todas estas cosas? Y finalizamos esta pregunta, si os parece. ¿Por dónde iríamos?”

Dr. Francisco Tinahones: “El primer problema que veo con todo esto, es que la calidad de los datos que tenemos es mala. Toda la investigación nutricional que se ha hecho ha estado en muchas partes, sesgada, no es fácil hacer estudios poblacionales para analizar ingestas nutricionales y ver resultados finales ... y estamos pegando tal cantidad de bandazos, es decir, el colesterol lo teníamos limitado hasta hace poco, ahora ya no está limitado; el pescado azul lo teníamos demonizado, ahora ya no ... ahora resulta que demonizamos las trans, antes eran las saturadas, y empiezas a ver incluso, datos de que las grasas saturadas no son tan malas. Entonces, vivimos en una absoluta dificultad para saber la verdad y luego, el otro lobby, el de los influencer, porque cualquiera opina de esto. Igual que, del corazón opinan los cardiólogos, pero de nutrición opina cualquiera, la artista que ha hecho la dieta, el twittero, el cocinero famoso etc. ... hay un ruido de fondo brutal, es muy difícil”.

Dr. Juan “Cabasés: Quería preguntarte, ¿las posibilidades de regulación, es así para el sodio, para...”?

Dra. Irene Bretón: En general, hasta donde yo sé, son acuerdos voluntarios a nivel europeo, por eso, bueno, no sé si Paco opina como yo, pero yo creo que la idea es que haya acuerdos voluntarios y que algunas cosas seas coercitivas, porque es que, si no, no hay manera ... lo que pasa es que, es posible que no se pueda hacer y como dice Paco, realmente, la falta de evidencia o la que hay, que es tan cambiante, pues, no voy a regular una cosa para mañana regular lo contrario, Entonces eso es muy difícil.”

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Yo creo que sí que hay evidencias estables, he insistido en el tema que he dicho antes, de la fiscalidad, porque en el tema de la industria alimentaria también hay un problema de fiscalidad. Está claro que

consumir alimentos frescos es bueno y eso no es cuestionable. Si un kilo de cerezas ecológicas cuesta cuatro euros y las procesadas cuestan dos euros, es muy difícil”.

Dra. Irene Bretón: “Lo que pasa es que, la fiscalidad hay que manejarla de manera global. Hace unos años hubo un intento de ver qué fiscalidad se está aplicando en Europa, en diferentes alimentos, pero no solo de los refrescos, sino de manera global ... por ejemplo, el pan integral tiene más, o tenía porque ahora lo cambiaron, el pan integral es como artículo de lujo, en cambio el pan blanco tiene otro IVA ... y cambiaron un poco la fiscalidad, pero solo la del pan. Entonces, realmente si queremos hacer alguna cosa de política fiscal, tiene que ser una política fiscal global, no solamente el pan, porque hay panes, digamos, de diseño, que son artículos de lujo”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Lo que habría es, yo por la línea que voy es, que hay que aplicar menos IVA a determinados productos que nos interesan que se consuman más”.

Dra. Irene Bretón: “Eso no es fácil porque también hay muchísimo interés de todos los lobbies que quieren que lo suyo salga mejor. Entonces, o los ponemos todo encima de la mesa y miramos globalmente la fiscalidad, cómo se está aplicando ... y evaluamos todos los grupos de alimentos y otra serie de cosas, pero, no solamente el pan con fibra o el pan sin sal, porque las verduras frescas y las de cuarta gama, las que vienen ya cortadas, ¿también tienen que tener un IVA reducido o no?”

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Bueno, habrá que verlo porque, si no se toman medidas que favorezcan el consumo de alimentos que son saludables ...”

Dra. Irene Bretón: “No es fácil de hacer porque habría que poner encima de la mesa, la fiscalidad en su conjunto, no el del pan con fibra porque le interesa al del pan con fibra, que a veces es pan marrón, que no tiene ni fibra”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “¿Pero tú, Irene, esto lo ves factible o está ocurriendo un poco lo que apunta Ernesto, de que las comunidades, que son las que tiene las competencias ...?, ya ni tan siquiera el Ministerio, el Ministerio claro que podría hacerlo ... todavía retiene alguna cosa de salud pública, ¿no?, pero, ¿son las comunidades las que tendrían que liderar este proceso, para bajar el nivel de galimatías, de ruidos, de intoxicación que hay, por parte de intereses

absolutamente creados? ... Estoy hablando de programas dirigidos a bajar el ruido que apunta Francisco”.

Dra. Irene Bretón: “Pensaba que hablabas de la fiscalidad y de los etiquetados”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “No y también, las comunidades tienen la potestad para meter tasas. Cataluña ha metido en bebidas azucaradas y el resto de estado no. O sea, claro que tienen potestad para meter tasas, lo tiene sobre la fiscalidad”.

Dr. Juan Cabasés: “La fiscalidad puede tener efectos de todo tipo, o sea, que puede ser regresiva, desde un punto de vista fiscal, o sea, recae más sobre los que menos tienen, según cómo la manejes. La fiscalidad, claro, es una fuente de ingresos también, y puede disuadir el consumo. ¿Y sobre quién recae la fiscalidad?, de momento, sobre el productor, pero que lo traslada al consumidor ... Entonces, ahí hay que tener cuidado con la respuesta de la demanda, lo que en economía se llama elasticidad. Si la elasticidad precio, si la respuesta de la demanda a la variación del precio es importante, entonces logrará su efecto disuasorio, en su caso, si lo que quieres es ponerle impuestos para que no se consuma”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Lo que estábamos planteando es, favorecer el consumo de determinados productos, por lo tanto, bajando la fiscalidad de los productos frescos, está claro que favoreceríamos su consumo”.

Dr. Juan Cabasés: “La fiscalidad básica aquí es el IVA, tenemos solo un IVA, del veintiuno % y muy excepcionalmente del cuatro, para algunos productos muy concretos, entonces no nos estamos dando mucho margen de manejo, pero sí que podríamos, como bien dices”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Y tú Irene, ¿apuntas en esa dirección, o no, te parece difícil?”

Dra. Irene Bretón: “Sí, pero yo lo veo complejo, porque no se puede hacer la fiscalidad de un solo alimento. Pero es como se está haciendo ahora, pongo un impuesto más a las bebidas azucaradas, y ya está”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Pero el señor de Hacienda te va a decir, antes póngame orden. Y si el mercado es como nos ha contado Francisco, va a estar

complicado explicarle al señor de Hacienda, este es saludable, este no es saludable, este hace no sé qué”.

Dr. Francisco Tinahones: Yo participé en la ley de obesidad que el gobierno anterior Andaluz, intentó. Yo estuve en una reunión de un comité, donde vi la enorme preocupación de las empresas alimentarias con cualquier marco regulatorio. Y allí había unos debates entre la industria que defendía los azúcares, las grasas... Y todos con unos argumentos de premio Nobel, hay opiniones de todos los gustos. Pongo un ejemplo, escribí un artículo en El País, hablando de generalidades de las grasas saturadas... y titulé el periodista, “Cuidado con el chuletón” Eso no lo había dicho yo, y quince días después me viene un paquete grande, lleno de material, de bibliografía, y me decían que me leyera eso antes de opinar”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Magnífico ejemplo para cerrar con eficacia esta penúltima pregunta. Vamos a la última. Quizá, y hago un poco de crítica, en la Fundación pecamos un poco a veces de ser demasiado teóricos, y de irnos a marcos conceptuales ...”

Finalmente, el grupo abordó el debate de la séptima pregunta:

¿Veis aplicable el enfoque Triple Meta para el manejo de la obesidad en España?

Un enfoque Triple Meta sería muy adecuado en términos de coste per cápita. Sin embargo, para aplicarla de forma realista hace falta mucha información y la calidad de los datos disponibles es mala en cuanto atañe a lo que es necesario averiguar para diseñar una atención de este tipo. Además, se barajan muchas opiniones contradictorias en cuanto al abordaje de la atención a la obesidad y la gente recibe distintos mensajes en función de lo que dicen muchos “influencers” a través de las redes sociales.

Desde un punto de vista práctico, la Triple Meta es una idealización de lo que sería un sistema de atención adaptado a las necesidades del paciente y a la labor a desarrollar por parte de los profesionales sanitarios. Actualmente, el término se ha ampliado y no sólo se habla de proporcionar la mejor atención al menor coste y con la mayor efectividad, sino que se añade el término o concepto de la satisfacción de los profesionales sanitarios con los resultados obtenidos. Este tipo de estrategia sería aplicable, pero uno de los apartados que lo condiciona es la falta de suficiente personal formado para abordarlo. No hay que olvidar que

hablamos de una estrategia multidisciplinar e incluso multisectorial. Además, se necesitaría la colaboración de la población. Por el momento, su implementación en España es muy discreta y no ha mostrado resultados a gran escala. Es un diseño que es excelente sobre el papel, pero no hay experiencia suficiente ni medios para aplicarlo de forma detallada que permita averiguar si es realmente factible y aplicable al caso de la obesidad. Sin embargo, las estrategias de atención en grupo que se han ido implantando en algunos centros de salud, sin duda guardan relación con la Triple Meta y están fundamentadas en su filosofía. Además, se trata de una filosofía procedente de los Estados Unidos, donde el coste per cápita de la atención es muy superior al nuestro y, por consiguiente, donde el escenario es diferente y necesitado de una profunda reestructuración para poder atender a la demanda de forma mucho más coste-efectiva.

Los expertos recomiendan adaptar la Triple Meta cuando se traslada de país, porque el diseño y la idea para de una situación concreta que no tiene por qué coincidir con la que hay en otros países. Además, se percibe como importante la ampliación del marco conceptual cuando se identifiquen elementos clave que deben formar parte de la estrategia. En España y otros países europeos, por ejemplo, se habla de ampliar el marco incorporando la implicación de los profesionales y su satisfacción.

En el caso de la obesidad, aunque la Triple Meta se ve como una idealización de la atención, bajando a un plano más práctico, se podría plantear una adaptación que pusiera un gran énfasis en la preparación de los profesionales para evitar el desánimo terapéutico, en la implantación de estrategias multidisciplinarias y multisectoriales, y un gran desarrollo de los mecanismos prevención y promoción de la salud (*marketing* social en educación de la población en salud). La orquestación de estas estrategias debería centralizarse en la autoridad sanitaria (Ministerio y Consejerías) y de forma coordinada y territorialmente igualitaria.

La adopción efectiva de la Triple Meta en el ámbito de la obesidad suscita escepticismo porque son necesarios determinados pasos previos a gran escala para poder desarrollarla. Las experiencias locales (que las hay) que se basan en esta filosofía y que han adoptado en un alto grado las fórmulas y componentes propios de este modelo, han dado buenos resultados. La pregunta es si el sistema está preparado en el ámbito autonómico y nacional para proceder a su aplicación desde ángulos tan diversos como son: la disponibilidad de espacios en AP, la disponibilidad de recursos para formar personal especializado y para crear equipos iniciales con el existente actualmente, incorporar profesionales

del ámbito farmacológico y de otros apartados, el grado de éxito que se puede obtener en cuanto a colaboración y participación responsable del propio colectivo de afectados, el desarrollo paralelo de acciones legislativas y regulatorias en cuanto a la subvención de tratamientos farmacológicos, el control de costes, la asignación de precios y de otros tipos, la colaboración de la industria alimentaria (por ejemplo, en dar a conocer estas experiencias y en cómo ellos participan con agentes que dan charlas a los pacientes y les enseñan a seleccionar productos saludables adaptados a sus casos, etc.). La implicación y empoderamiento de los pacientes constituye un factor clave en la persecución del éxito de atención basada en la Triple Meta, siendo muy importante la colaboración de los pacientes activados, sus experiencias y su ayuda a la hora de trasladar el tema de la responsabilidad a los afectados, de forma que cooperen concienciándose de que deben hacer lo posible por mejorar y cuidar su salud como una meta primordial.

Respuesta general a la séptima pregunta: selección de comentarios

Dr. Juan del Llano (conductor): “Magnífico ejemplo para cerrar con eficacia esta penúltima pregunta. Vamos a la última. Quizá, y hago un poco de crítica, en la Fundación pecamos un poco a veces de ser demasiado teóricos, y de irnos a marcos conceptuales ... y en este caso, si juntamos poco a los salubristas con los economistas, pues, cuando lo leímos en su tiempo, nos gustó tanto que lo compramos ... posiblemente, porque es un marco sencillo, son tres ejes, en uno está la salud poblacional, en otro está el coste per cápita y en el otro está la experiencia del paciente. Es tan simple y tan fácil de entender ... ¿Esto ayudaría, desde la perspectiva de autoridad sanitaria, a abordar mejor el problema? Autoridad sanitaria, estamos hablando exclusivamente de autoridad sanitaria, es decir, Ministerio de Sanidad, Consejería de Sanidad de las comunidades autónomas”.

Dr. Juan Cabasés: “Una reacción primera a la triple meta, en general, que observo yo, y es que viene de Estados Unidos. En estados Unidos hay una obsesión por el coste per cápita. Claro porque el coste es elevadísimo comparado con el de nuestros países”.

Dr. Francisco Tinahones: “Porque es cuatro veces el nuestro”.

Dr. Juan Cabasés: “Exacto, más del doble de lo que nosotros nos gastamos. Yo creo que hay que reformularla, cuando la trasladas de país, o sea, no es disminución del coste, sino ser consciente del coste; esto es muy relevante ... Y luego hay otro elemento, también de la triple meta, que me parece interesante.

Hace ya algunos años que se habla de la triple meta ampliada, donde hay un cuarto eje que es la implicación de los profesionales y su satisfacción ... Yo creo que en la discusión de hoy sería perfecto hablar de la triple meta ampliada, que dice Rafa Bengoa, hay gente que está defendiendo esta línea”.

Dr. Ernesto López: “Es que hemos hablado de ello ya, igual, no tan expresamente, los profesionales de la salud. La triple meta es un ideal, me recuerda aquello de que la salud es “un estado de completo bienestar” De la OMS. Esta definición es tan desiderátum, que podíamos estar todos de acuerdo, ¿quién no quiere el mayor grado de salud?”

Dr. Juan del Llano (conductor): “Sí, pero hablamos de tangibles, nosotros queremos algo tangible”.

Dr. Ernesto López: “Por eso digo, sí, pero la meta es, el mayor grado de salud en la población, la mayor satisfacción de la experiencia de la atención recibida, y luego el tema de fondo del coste per cápita. Yo digo, es aplicable o debería ser aplicable, pero yo le añadiría, no sé si un cuarto o quinto eje, y lo hemos hablado aquí ... Está el profesional, la formación de los profesionales que se ven desasistidos, que ven pesimismo terapéutico en el abordaje de este asunto porque les rebasa, porque es intersectorial y lógicamente, les rebasa... Yo les atendería más, les aportaría más, hablábamos de las guías, que les pudieran ayudar más allá de darle la dieta de la hojita con las mil doscientas, pero también hay otros dos ejes que a mí me parecen importantes, de los que hemos hablado aquí. El carácter intersectorial, si no lo abordamos de forma intersectorial, no lo vamos a resolver ... Y aun siendo así, es difícil de resolver. El carácter multidisciplinar también, del asunto y la formación del personal de salud. Entonces, creo que son tres ejes que yo añadiría a los tres ejes de la triple meta; y tal vez, aunque eso va en la pregunta anterior, el trabajo en prevención y promoción de la salud, y allí hay que ir a la Carta de Ottawa... que nos hemos olvidado de la prevención y promoción de la salud, *marketing* y seguridad, el trabajo desde las comunidades, de educación para la salud a la población también, no para competir con la industria, sino para hacer el contra peso necesario también, el marketing social de la educación para la salud, es decir, que hay varios ejes más allá de la triple meta”.

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Yo aquí soy un poco escéptico, porque, así como a nivel de marco teórico, yo soy un enamorado del marco teórico de la triple meta y más de la triple meta ampliada, y no lo sabía, pero soy un poco escéptico porque tampoco ha demostrado resultados espectaculares ... ha demostrado

resultados discretos, según experiencias muy concretas. Respondiendo la pregunta, aplicables sí, ¿que eso nos vaya a llevar a tener resultados? No sé, yo soy escéptico”.

Dr. Juan Cabasés: “Se me ocurre que, en el eje de salud, en el eje del paciente, las ideas estas de activación del paciente, pacientes activados, sería algo a incorporar también, a este dato; estamos en un tema donde la actitud puede ser lo fundamental...”

Dr. Miguel Javier Rodríguez: “Lo que llamamos el empoderamiento”.

Dra. Irene Bretón: “La responsabilidad”.

Dr. Ernesto López: “Responsabilidad, cada quien tiene que tener cuidado de su salud”.

Dr. Juan Cabasés: “Entonces, yo creo que lograr pacientes activados, que son muy sensibles a los mensajes, etcétera, sería un paso importante y eso sí que, la triple meta, lo contempla, me parece, claramente; el tercero, sensibilizar costes, no hay ninguna duda; y la otra, la de perseguir la salud es indiscutible”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “¿Algo más que querías decir? Vamos a abrir una ronda última, pero sin guion, es decir, sin preguntas”.

Dr. Ernesto López: “Algo que habéis señalado, ¿cómo conjugar distintas intervenciones? ¿Trabajo en grupo?, sí, pero, además, ¿con la farmacología? Con la farmacología sí, pero, además, ¿el trabajo en grupo y el cambio de estilo de vida? Es decir, conjugar programas, como señalaba Fernando también, que ocurrió con el tabaco ... Haces intervenciones y aprovechar, lo que señalaba antes Irene, las experiencias que ya han dado resultado y que están dando resultado”.

Dr. Juan Cabasés: “No lo hemos dicho todavía, no hemos agradecido este informe. Es un magnífico trabajo. Muchísimas gracias”.

Alicia Coduras: “Es una gran responsabilidad porque se manejan muchas fuentes, porque se han encontrado algunas contradicciones, como habéis visto, porque se ha tenido mucho cuidado y consultando siempre que he podido, desde el punto de vista clínico, porque claro, siempre necesitas a algunos médicos que te abran las puertas del conocimiento en algunas cosas”.

Dr. Juan del Llano (conductor): “Yo os quería dar las gracias porque vuestras intervenciones, aparte de que han cubierto expectativas, en el sentido de que han contestado a preguntas, os quería agradecer realmente, vuestro grado de aporte y de honestidad intelectual en todo lo que habéis aportado y en todo lo que habéis dicho, porque creo que va a enriquecer mucho el trabajo final ... es decir, el trabajo que ha hecho Alicia, como os lo ha dicho, con la modestia que la caracteriza, ha sido brutal, es decir, en horas de trabajo, no os podéis imaginar ... Es decir, mirar las fuentes que ha mirado, eso solo lo puede hacer ella y nadie más. Pero la guinda, y lo que yo creo que, de alguna manera propicia que los trabajos que hacemos en la Fundación, pues tengan un cierto impacto... es estos insumos, es decir, el que vosotros los especialistas, endocrinos, de primaria, de salud pública, economía de la salud, un cirujano súper especializado o un gestor de lo público, es decir, lo que hoy nos habéis aportado, yo creo que enriquece enormemente ... no solo en la segunda parte, sino que, nos va a permitir y la compartiremos con vosotros, la hoja de ruta. Gracias.

Como complemento, se discutió un punto adicional:

¿Por qué tanta disparidad en los datos de sobrepeso y obesidad de la OMS (pg. 7 del Resumen Ejecutivo) y el INCLASS (pg. 9 y siguientes del Resumen Ejecutivo)? ¿Puede tener algo que ver la sobre codificación de las comorbilidades y la infra codificación de la obesidad?

Sin embargo, los contenidos de este apartado están incluidos en el debate de la primera pregunta, pues enlazaba con el tema de los datos, sus particularidades y suficiencia, y ya no venía al caso, profundizar más allá de lo que allí se concluyó.

En resumen, hay una gran probabilidad de que, si la OMS aplicó estrictamente como sobrepeso los casos en que el IMC era mayor o igual de 25 kg/m², en realidad, en sus estadísticas está dando conjuntamente los casos de sobrepeso y obesidad, distinguiendo posteriormente a estos últimos por separado.

4. Hoja de ruta

Sugerencias que se desprenden del debate de la primera pregunta:

¿Hay datos suficientes para conocer la carga epidemiológica y económica de la obesidad en España?

1. Se necesitan estudios de nueva factura sobre carga y coste de la enfermedad, así como acerca de la magnitud del problema, entendido como distribución de pacientes por estadios de gravedad y otras características.
2. Es necesario analizar y estudiar con mayor profundidad el impacto en la población y, especialmente en la infantil y su pronóstico a medio plazo.
3. Hay que analizar si el problema está realmente tendiendo a estabilizarse como sugieren las estadísticas elaboradas con la información disponible.
4. Hay que alentar estudios serios y de gran alcance acerca de los determinantes de estas enfermedades y sobre la efectividad de las políticas públicas en torno a los mismos.
5. Sería importante identificar las fuentes de datos sobre talla y peso que ya existen en la actualidad en múltiples ámbitos (sanitario público y privado, empresas, colegios y otros) y que no se utilizan de ninguna forma para llevar a cabo estudios de prevalencia o de otros tipos. Se trata de una fuente potencial de datos muy potente que no se está aprovechando y cuyo uso podría regularse y hacer susceptible de utilización bajo ciertas condiciones.
6. Se percibe como muy recomendable el realizar un estudio riguroso acerca de los costes directos e indirectos que realmente hay que considerar al estudiar la carga y coste de la enfermedad. La lista percibida es larga y formada por múltiples partidas que dependen en un grado significativo de múltiples factores. Entre estos factores hay que citar: la clasificación del paciente según el estadio de su enfermedad, la cronicidad, la recepción o no de atención y de qué tipo y el impacto o consecuencias de la patología en la vida personal y laboral del paciente, así como en su aportación a la economía del país si es una persona activa. Por otro lado, a la hora de elaborar un listado de costes, es importante tener en cuenta el momento en el cual un paciente comienza a tomar medidas acerca de su enfermedad, el tipo de acciones que realiza, si se ha puesto o no en manos de los profesionales sanitarios acreditados, si necesita o no de atención psicológica o de otro tipo para reforzar sus acciones, si realiza uso de gimnasios y otras terapias externas al sistema de salud y, en definitiva, cuáles son las partidas de costes que asume el paciente de forma privada y su magnitud. La obesidad es una enfermedad crónica de gasto irregular, que oscila desde niveles bajos a otros muy altos en determinados momentos del proceso. Dada la extensión y variabilidad de las variables implicadas, este tipo de estudio no es sencillo de abordar,

pero sí muy necesario, siendo recomendable, antes de llegar a la fase de cuantificación, desarrollar una fase de identificación. En otras palabras, a partir de una muestra representativa de pacientes, un primer objetivo sería el de identificar qué variables deben formar parte de una lista de cargas y de costes directos e indirectos. En este sentido, se recomienda como referente el estudio ECO que se diseñó para medir la carga y coste de la enfermedad de Alzheimer, desde una perspectiva que no se había abordado antes y que incluyó incluso la carga y coste para el cuidador de un paciente de esta enfermedad.

7. Considerar la aplicación de Modelos de Hábitos de Comportamiento que provienen del ámbito del estudio de los hábitos del consumidor, a estudios de hábitos de comportamiento de pacientes que han desarrollado sobrepeso y obesidad para comprender mejor los mecanismos que originan y alientan estas patologías. Comprender que el paciente no es responsable al cien por cien de todo lo que le pasa, aunque los datos indiquen que los estilos de vida constituyen el factor dominante, es importante para visualizar la importancia que podría tener la aplicación de estos modelos en muestras de datos representativas.
8. Cuestionar las proyecciones de evolución de la prevalencia a largo plazo. Los datos de proyecciones pueden ser alarmistas en exceso y no reflejar la evolución del problema. Aunque no se aprecie de forma global, se están llevando a cabo muchas acciones en el ámbito de la educación sanitaria, de hábitos de estilos de vida, de realización regular de ejercicio, de consumo y dietas responsables y otras, que presumiblemente también están teniendo y van a tener impacto en la contención de estas patologías. Además, las sociedades están evolucionando rápidamente en múltiples aspectos y, hablar de lo que va a suceder en 2030 es arriesgado.

Sugerencias que se desprenden del debate de la segunda pregunta:

La OMS categoriza en el CIE-10 (capítulo IV) como enfermedad a la obesidad (E-66):

- *¿Cómo trasladar esta observación a la Dirección General de Cartera de Servicios del MSCBS?*
- *¿Creen ustedes que la mayoría de los médicos consideran la obesidad como una enfermedad (y en tal caso, así se codifica)? ¿o sólo diagnostican sus comorbilidades (DM2, enfermedades cardiovasculares, etc.)?*

1. Aceptar, cuando menos, tácitamente que la obesidad es una enfermedad por cuanto está consignada como tal en el CIE-10 y los pacientes que lo solicitan son atendidos.
2. Incidir en la mejora del registro y codificación de la enfermedad en atención especializada, asegurando de que se incluyen no sólo las posibles concomitancias, sino como patología principal cuando lo es.
3. Clarificar las causas de las diferencias percibidas entre las principales fuentes de datos de manera que la información que se maneja sea comprensible y no suscite dudas acerca de las estimaciones que proporciona.
4. Seguir trabajando en las estrategias farmacológicas y quirúrgicas que pueden ayudar a mejorar, no sólo el estado de los pacientes, sino la partida de costes derivada de esta enfermedad, especialmente en lo que se refiere a las concomitancias cubiertas por el sistema, que podría reducirse significativamente si se pudiese llevar a cabo con eficacia y eficiencia.
5. Seguir trabajando en temas de educación y concienciación de la población para una mejor comprensión de esta enfermedad y reducir su estigmatización, poniendo especial atención en la eliminación del concepto de obeso sano, ya que, aunque un obeso pueda ser metabólicamente sano, ni hay garantías de que su situación no evolucione a peor, ni se pueden eliminar los efectos que produce la obesidad en sus articulaciones y otras partes del cuerpo.
6. Progresar en el análisis de los casos, de los tipos de obesidad, sus definiciones y clasificación con herramientas que no sólo midan el IMC, sino el tipo de grasa y de problemas asociados. El avance continuo de instrumentos de medición y diagnóstico debería permitir a corto plazo una mejora sustancial en este apartado.

Sugerencias que se desprenden del debate de la tercera pregunta:

Si pasa a ser una prestación cubierta, ¿cómo organizamos su atención sanitaria (Atención Primaria – Atención Especializada)?

1. Abordar el tema de las listas de espera para pacientes con obesidad y buscar fórmulas para evitar la desigualdad en atención que se está produciendo sobre este colectivo.
2. Articular e implantar estrategia de atención hacia el colectivo de paciente con obesidad desde una perspectiva multidisciplinar.
3. Ofrecer y alentar la formación especializada dentro del colectivo de pro-

fesionales sanitarios, especialmente en el ámbito de la AP, donde debería ubicarse la atención general a estos pacientes a partir de equipos multidisciplinares.

4. Derivar a AE desde AP en los casos en que es necesario, pero centrar la atención general de estos pacientes en AP, especialmente en lo que se refiere a intervención para cambio de hábitos y estilos de vida.
5. Inversión de recursos en programas de intervención, con especial atención al evitamiento de factores que puedan propiciar el abandono, como es la falta de regularidad, compromiso y seguimiento de protocolos. Aumentar la eficacia de los programas existentes o reemplazarlos por otros de nueva factura que logren los objetivos.
6. Inversión en el diseño y consecución de nuevos fármacos, especialmente los que logren reducción de peso significativa y sostenible en el tiempo.
7. Inversión en programas innovadores de prevención, que, aunque no solucionan el problema actual puedan actuar eficazmente de cara al futuro.

Sugerencias que se desprenden del debate de la cuarta pregunta:

¿Trabajan los endocrinólogos con equipos multidisciplinares? ¿Cuáles son las principales carencias actualmente? ¿Qué más profesionales habría que incorporar (cirujanos, psicólogos conductuales, etc.)?

1. Diseño de estrategias a implantar en Atención Primaria de grupos multidisciplinares de atención a la obesidad en general, derivando los casos extremos o que no puedan adaptarse a este formato a los especialistas y tipo de atención personalizada que sea necesaria.
2. Desarrollar este sistema de atención en AP de forma realista, sostenible y evaluable, de forma que se pueda valorar su eficacia y eficiencia.
3. Aprovechar lo que se ha aprendido de experiencias afines en tabaquismo y diabetes, con especial énfasis hacia el uso de tecnologías digitales para mantener el contacto continuo, la provisión de información y la motivación de los pacientes.

Sugerencias que se desprenden del debate de la quinta pregunta:

¿Qué soluciones propone la industria farmacéutica en el tratamiento de la obesidad? Tal y como está la situación del problema en España, sin que la obesidad sea considerada una enfermedad, ¿qué accesibilidad tienen los pacientes a los tratamientos farmacológicos? ¿es adecuado el estado de este apartado?

1. Realizar los estudios a 6-10 años que se necesitan para evaluar la efectividad y eficiencia de los nuevos fármacos.
2. Diseñar intervenciones paralelas para los pacientes en fase post operatoria para aminorar el efecto recaída.
3. Iniciar una vía progresiva de financiación del tratamiento junto con la implantación de un sistema atención adaptado a la realidad de problema desde AP.
4. Establecer estrategias de control de efectividad, eficiencia, resultados y mantenimiento en el tiempo de los nuevos fármacos y otras terapias.
5. Analizar qué precio de tratamiento sería adecuado y sostenible para el sistema de salud.
6. Trabajar desde la autoridad pública estatal y autonómica, en combinación con las compañías farmacéuticas el tema de los costes, analizando vías de colaboración, de economías de escala, de implantación progresiva y razonada de la subvención de los medicamentos efectivos, de forma que sea posible aliviar el gasto privado de los casos que más lo necesitan y que, por ejemplo, están siendo tratados desde algún tipo de programa encaminado a revertir su obesidad. Para poder estructurar esta vía, se percibe como imprescindible comenzar a dar pasos desde AP para la implantación de nuevas estrategias de atención de la obesidad.

Sugerencias que se desprenden del debate de la sexta pregunta:

¿Hay responsabilidad de la industria alimentaria en el crecimiento del problema?

1. Trabajar en aras del logro de una mayor transparencia y claridad en cuanto a los mensajes que lanza la industria en referencia a la contraposición entre los lobbies a favor del uso de azúcares como mejores frente a las grasas saturadas y a los que lanzan los lobbies que defienden el consumo de grasa saturadas frente al del azúcar. Hay que eliminar las confusiones y afinar mucho más: las personas pueden comprender que el uso de ambas sustancias puede ser perjudicial si se adoptan hábitos de regularidad, exceso y similares, mientras que un consumo ocasional, prudente y regulado, puede no resultar perjudicial. Lo mismo, en cuanto a las características de las personas: las hay que no deberían tomar un alimento o alimentos en concreto nunca y otras que podrían permitírseles con mayor frecuencia, dependiendo de su metabolismo, comportamiento estable, y similares.

2. Avanzar en el terreno de la legislación en el uso industrial de azúcares y grasas saturadas, acompañado de campañas informativas y coordinado con el tema del etiquetado, que también necesita ser consensuado y completado. Solucionar el tema del etiquetado.
3. Abogar por que la industria venda, pero que haga los productos más saludables posible. Ayudar a cambiar los hábitos perjudiciales del consumidor partiendo de la base de que muchos de ellos no tienen suficiente autocontrol.
4. Promover un estudio serio que analice la relación entre tipo de alimentación, sobrepeso, obesidad y nivel de renta de las personas para establecer cuál es el grado real dependencia de la obesidad respecto del nivel de renta y los hábitos alimentarios asociados al mismo.
5. Cuando esté elaborada, hacer una buena difusión de la guía que está preparando el Ministerio para orientar a las asociaciones públicas en las contrataciones públicas de restauración, colegios, etcétera, para optar por ciertas cosas, limitar la publicidad y medidas similares.
6. Analizar de forma más detallada la fiscalidad aplicada a los productos alimenticios de forma que resulte más favorecedora a alimentos que interesa que sean muy consumidos debido a que contribuyen a mejorar la salud o a controlar el sobrepeso. Lograr que productos más sanos o especialmente diseñados para mejorar el control de peso no estén en el mercado como productos de lujo (caso del pan integral frente al blanco y similares). Establecer paquetes de medidas para luchar contra la obesidad de forma que se lancen varias intervenciones al mismo tiempo en forma de estrategia de choque: aprovechar lo que existe, que es mucho, y coordinarlo mejor, entre entidades públicas, privadas y consumidores.
7. Promover la investigación, premiar fiscalmente a las empresas alimentarias que realicen estudios encaminados a mejorar la calidad de los productos desde la óptica saludable y, también las que desarrollan innovaciones para mejorar los hábitos del consumidor.

Sugerencias que se desprenden del debate de la séptima pregunta:

¿Ven aplicable el enfoque triple meta para el manejo de la obesidad en España?

1. Considerar a la Triple Meta como un marco excelente para el diseño de una atención sanitaria ajustada a las necesidades de los pacientes con obesidad en España, pero adaptada a las características de nuestro país, nuestra sociedad y nuestros profesionales sanitarios y particularidades.

2. El escenario de partida en nuestro país es diferente del de Estados Unidos, país promotor de la Triple Meta en primera instancia y, donde el tema de coste sanitario per cápita es diferente del nuestro.
3. La posibilidad de implantar esta estrategia de atención, a la cual se añadirían particularidades que atañerían al colectivo profesional, al de pacientes y a la autoridad sanitaria como promotora, no se ve a corto plazo. Lo que se ve, es la posibilidad de iniciarla desde AP, progresivamente, con un enfoque de atención a pacientes agrupados, por parte de equipos multidisciplinares y multisectoriales, mientras, paralelamente, se van trabajando aquellos aspectos estructurales que puedan facilitar su desarrollo y éxito en los objetivos que persigue la Triple Meta y otros de carácter más local.
4. No se ve como una tarea fácil, pero tampoco como imposible: lo dado sería establecer un punto de inicio y comenzar.
5. Formar personal especializado en diversos frentes capaz de satisfacer la demanda actual y futura es uno de los puntos clave.
6. Establecer conversaciones para analizar el tema de los costes y el de precios de los medicamentos es otro de los factores de imprescindible abordaje.
7. Diseñar una estrategia de *marketing* social para educar y captar a los pacientes activos como aliados en cuanto a la concienciación del colectivo afectado y su promover el reconocimiento de su responsabilidad sería el otro extremo que completaría el inicio de esta propuesta.

Sugerencias que se desprenden del debate de la octava pregunta:

¿Por qué tanta disparidad en los datos de sobrepeso y obesidad de la OMS y del INCLASS? ¿Puede tener algo que ver la sobre codificación de las comorbilidades y la infra codificación de la obesidad?

1. Buscar mecanismos de mejora de la comprensión de los datos estadísticos asociados con la obesidad y procedentes de distintas fuentes. Asegurar la coherencia y la comprensión de las definiciones y las cifras expuestas, de forma que no den lugar a confusiones. España, como asociado de la OMS, envía los datos oficiales disponibles referentes a nuestro país, por lo que sería importante que la organización enviase un reporte periódico de los indicadores españoles con la posibilidad de contrastar y clarificar los conceptos que se muestran y reclamar si alguna parte se ve como no adecuada. Por ejemplo, en el caso del sobrepe-

so y la obesidad, si es cierto que los datos que se ofrecen como sobrepeso lo aglutinan todo, entonces, a menos que se explicita claramente, la estadística puede distorsionar la visión de la situación en España y muchos investigadores y medios de comunicación que utilicen estos datos, pueden cometer errores en sus conclusiones y comentarios.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La obesidad y el sobrepeso son estados patológicos que sufren las personas cuando padecen una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo que puede ser perjudicial para su salud.

Actualmente, este trastorno se está extendiendo de forma alarmante en el mundo, alcanzando proporciones muy elevadas en la mayoría de los países desarrollados, pero avanzando paralela y significativamente en muchos países en vías de desarrollo en los cuales genera una doble agenda sanitaria al coexistir con la desnutrición y la falta de correcta alimentación, especialmente en el segmento infantil de las poblaciones.

Entre las principales causas de este trastorno destacan las atribuibles a dos grandes grupos de factores: los derivados de estilos de vida poco saludables y los genéticos, pero también hay que considerar las atribuibles a factores psicológicos, fisiológicos y ambientales.

Cuando la prevalencia del sobrepeso y la obesidad comenzó a alcanzar cotas alarmantes en el mundo, la tendencia general fue la de atribuir este hecho, principalmente, a los factores derivados de los estilos de vida. Así, desde hace unas décadas, es innegable que, al mismo tiempo que el sobrepeso y la obesidad, aumentaron las condiciones que propiciaban el sedentarismo en la población, tales como nuevas formas de trabajo mucho más estáticas, reducción de las oportunidades y tiempo para realizar ejercicio físico, oferta de servicios de transporte público con amplias redes de conexión, amplia oferta de bebidas y alimentos calóricos y progresiva implantación y preferencia por actividades de ocio sedentarias. Sin embargo, a lo largo de ese período, también es cierto que una parte significativa de la morbilidad se debía a factores genéticos. La descompensación entre el número de ambos tipos de casos y el riesgo de contemplar a toda la población afectada como homogénea en cuanto a la causalidad cuando no lo es, ha derivado en una intensificación de la investigación genética y de la fisiología de las personas que está progresando y proporcionando pruebas acerca de la existencia de genes y perfiles fisiológicos que guardan relación con el desarrollo de estas patologías. Asimismo, desde el ámbito de la psicología, se vienen identificando desde hace años los perfiles y situaciones que contribuyen a desarrollar una propensión hacia la ganancia de peso. Por último, el análisis del entorno am-

biental está conduciendo a la conclusión de que los elementos que pueden influir en el desarrollo de estos problemas son múltiples, especialmente en los países desarrollados, por lo que desde hace años se vienen intensificando las campañas y medidas para reducir este impacto a través de mejoras en la oferta publicitaria, reducción de sustancias nocivas para la salud en múltiples productos alimentarios, mejora de la información y etiquetado y otras.

Ante un problema de esta magnitud, no hay duda de que los gobiernos y poblaciones afectadas están reaccionando en alguna medida para frenarlo, pero, aunque en las estrategias que se siguen es posible identificar puntos comunes, también se dan diferencias tanto en las formas como en la intensidad de las actuaciones.

La diferencia crucial entre los países desarrollados y en vías de desarrollo es la existencia de la doble agenda en éstos últimos: la de tener que tratar la desnutrición y la falta de alimentos junto a los casos de sobrepeso y obesidad. En cambio, la gran diferencia entre los propios países desarrollados es que mientras que algunos han otorgado el estatus de enfermedad a estas patologías, otros no lo han hecho todavía.

El debate entre defensores y detractores de la obesidad como enfermedad sigue vigente y dura desde hace muchos años. La prevalencia sigue aumentando y la propia clase médica no termina de lograr un acuerdo. Entre los argumentos más potentes a favor de la declaración de enfermedad está el que propugna que no es posible combatirla hasta que no tenga ese estatus porque no será posible poner los medios adecuados para ello y, entre los argumentos más potentes en contra está el que defiende que no estamos ante una enfermedad, sino ante un problema que se extiende, salvo casos concretos, porque la población no adopta estilos de vida saludables por propia voluntad.

Sin embargo, el problema de la obesidad va más allá. Actualmente, no hay duda de que una elevada proporción de casos de sobrepeso y obesidad van acompañados por una o más concomitancias entre las que destacan la diabetes, la hipertensión, la apnea del sueño, trastornos gástricos, problemas cardiovasculares y otras. Muchas veces, las personas con un problema de sobrepeso u obesidad terminan siendo tratadas acerca de sus concomitancias que sí que figuran en el listado de enfermedades, en lugar de acerca de la patología originaria del cuadro clínico.

En España, las medidas que se vienen adoptando para combatir el sobrepeso y la obesidad constituyen una ayuda, sin duda, pero las cifras de prevalencia de sobre-

peso no parecen estar controladas y, por el momento, aunque con distinta intensidad en los territorios, sexo, grupo de edad y otras variables, la tendencia global para nuestro país no es optimista. Todos los portales de salud autonómicos contienen información sobre este problema y destacan en mayor o menor medida la implantación de programas de concienciación, de mejora de gestión de comedores escolares, de realización de actividades para mayores, de control de la publicidad alimentaria, del etiquetado de los productos y de reducción del azúcar y otras sustancias que contribuyen a la ganancia de peso. Sin embargo, desde el punto de vista asistencial, no existe una estrategia definida acerca de cómo tratar a la población afectada desde el punto de vista organizacional. La magnitud de la lista de espera y del tiempo medio de espera para cirugía bariátrica, superior a un año en estos momentos, es un reflejo de esta situación.

En Estados Unidos, al haberse dado el paso de declaración de la obesidad como enfermedad, aunque ha habido distintos tipos de reacciones, también es cierto que se está progresando en cuanto a la generación de estructuras de atención, relacionadas con la consecución de la triple meta (mejorar la experiencia de cuidado del paciente, la salud de las poblaciones y reducir el coste per cápita de la atención sanitaria). En especial destaca la implantación de las citas colectivas o grupales, donde pacientes con la misma enfermedad e incluso con concomitancias similares, son tratadas simultáneamente por equipos multidisciplinares que incluyen profesionales sanitarios y de otros tipos. Los estudios sobre resultados en citas grupales están siendo positivos y se vislumbran como uno de los modelos que podrían ser más efectivos en la lucha contra esta enfermedad y en la proporción de una asistencia de calidad a los afectados.

El año 2016, en Estados Unidos, la prevalencia de la obesidad en población adulta era ya del 37,3% y en España alcanzó el 27,1%. La tendencia en ambos países, al igual que en muchos otros de la Unión Europea es moderadamente ascendente, aunque algo más amortiguada en España. En nuestro país, el problema se está agudizando de forma más rápida en la población masculina que en la femenina. Por el momento, aunque el problema se considera muy relevante y necesitado de urgente atención, no se ha definido ninguna postura concreta acerca de si el estatus de la obesidad va a cambiar a corto plazo o no hacia su reconocimiento como enfermedad y de las implicaciones que de ello podrían derivarse.

En el supuesto de que la obesidad fuese a declararse enfermedad, en España, al igual que en otros países, debería establecerse un sistema de información

más ambicioso para disponer de los datos recomendados por una estrategia alineada con la triple meta. Para poder dimensionar una estructura eficiente de atención sería necesario disponer de un observatorio o central de recogida de datos e historias clínicas de la población afectada que permitiese un análisis profundo de las características y necesidades de esta población en función de la clasificación de los pacientes según su grado de obesidad y las concomitancias, en caso de haberlas, por sexo, edad, lugar de residencia y otras variables de interés.

En definitiva, queda mucho por hacer en torno a la organización del cuidado del paciente afectado por sobrepeso u obesidad, constatándose que la prevención, aunque necesaria, no va a ser suficiente si la prevalencia de estas patologías sigue aumentando al ritmo de la última década.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva sobre obesidad y sobrepeso. Publicada el 18 de febrero de 2018. Enlace: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
- (2) Funes, CNN, reseña sobre la reunión anual de la American Medical Association publicada el 20 de junio de 2013. Enlace: <https://cnnespanol.cnn.com/2013/06/20/la-obesidad-es-una-enfermedad-dice-la-asociacion-medica-estadounidense/>
- (3) Juan Revenga. Editorial: ¿Es la obesidad una enfermedad? Publicado en 20 Minutos digital el 21 de noviembre de 2013. Enlace: <https://blogs.20minutos.es/el-nutricionista-de-la-general/2013/11/21/es-la-obesidad-una-enfermedad/>
- (4) Urrejola N, Pascuala. ¿Por qué la obesidad es una enfermedad? Rev. chil. pediatr. [online]. 2007, vol.78, n.4 [citado 2018-12-14], pp.421-423. Enlace: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000400012&lng=es&nrm=iso>. ISSN: 0370-4106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000400012>
- (5) Cuídate + Plus. Editorial sobre obesidad. Publicado en 2016. Enlace: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/obesidad.html>
- (6) ¿Es la obesidad una enfermedad? BBC Mundo. Enlace: <http://www.sochob.cl/web1/es-la-obesidad-una-enfermedad/>
- (7) Madrid Salud. Enlace: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/sobrepeso-obesidad>
- (8) AECOSAN. Enlace: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subdetalle/SIVFRENT.htm>
- (9) Garvey T. American Association of Clinical Endocrinologists. Endocr Pract 2014; 20.
- (10) World Health Organization. Report of a WHO Consultation on Obesity. June 1997. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf) (Last accessed: 27 February 2015).
- (11) American Medical Association (AMA). Declaration to classify obesity as a disease. Annual Meeting Report. 19 June 2013.
- (12) Recomendaciones para medios de comunicación sobre cómo informar de la obesidad. (2018). Editado por Novo Nordisk sobre contenidos elaborados por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).

- (13) Dulloo AG, Jacquet J, Solinas G, et al. Body composition phenotypes in pathways to obesity and the metabolic syndrome. *International Journal of Obesity*. 2010; 34 Suppl 2: S4-17.
- (14) Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad* 2007; 7-48.
- (15) National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf (Last accessed 29.04.2015).
- (16) Woolcott, O. O. and Bergman, R. N. (2018) Relative fat mass (RFM) as a new estimator of whole-body fat percentage A cross-sectional study in American adult individuals. *Sci Rep*. 2018; 8: 10980. Published online 2018 Jul 20. DOI: 10.1038/s41598-018-29362-1.
- (17) Tejero, M.E. (2008). Genetics of obesity. Department of Genetics, Southwest Foundation for Biomedical Research, San Antonio, Texas, USA. *Bol Med Hosp Infant Mex*. Vol. 65, noviembre-diciembre 2008. Enlace: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086e.pdf>
- (18) Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, Sorensen T. The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *Int J Obes (Lond)* 2010; 34:2 9-40.
- (19) Allison DB, Kaprio J, Korkeila M, et al. The heritability of body mass index among an international sample of monozygotic twins reared apart. *Int J Obes Relat Metab Dis* 1996; 20:501-6.
- (20) Tolosa, A. (2018). Mutaciones en el gen ADCY3 producen obesidad. *Genética Médica News*, publicado el 19 de enero de 2018. <https://revista-geneticamedica.com/2018/01/29/genetica-y-obesidad/>
- (21) Saeed S, et al. Loss-of-function mutations in ADCY3 cause monogenic severe obesity. *Nat Gen*. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41588-017-0023-6>.
- (22) Grarup N, et al. Loss-of-function variants in ADCY3 increase risk of obesity and type 2 diabetes. *Nat Genet*. 2018 Jan 8. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41588-017-0022-7>.
- (23) Siljee JE, et al. Subcellular localization of MC4R with ADCY3 at neuronal primary cilia underlies a common pathway for genetic predisposition to obesity. *Nat Genet*. 2018 Jan 8. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41588-017-0020-9>.
- (24) Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346:393-403.

- (25) Purcell K, Sumithran P, Prendergast L, Bouniu C Delbridge E, Proietto J. The effect of rate of weight loss on long-term weight management: a randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2:954-62.
- (26) National Health and Medical Research Council (2013) Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Melbourne: National Health and Medical Research Council.
- (27) Encuesta de hábitos deportivos 2015. Elaborado por la Subdirección General de Estadística y Estudios, Secretaría General Técnica. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, diciembre de 2015. http://www.culturaydeporte.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/en/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/deporte/ehd/Encuesta_de_Habitos_Deportivos_2015.pdf
- (28) Ruiz Moreno, E. et al. (2018). Estado de la situación sobre el desayuno en España. Fundación Española sobre la Nutrición (FEN), febrero de 2018. https://www.fen.org.es/storage/app/media/imgPublicaciones/2017/Informe%20DND%20FEN%2013%20Febrero%202018_final.pdf
- (29) Ruiz E, Ávila JM, Castillo A, Valero T, Del Pozo S, Rodríguez P, Aranceta Bartrina J, Gil A, González-Gross M, Ortega R M, Serra-Majem L, Varela-Moreiras G. The ANIBES Study on Energy Balance in Spain: Design, Protocol and Methodology. *Nutrients* [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 6]; 7:970–98. Available from: www.mdpi.com/journal/nutrients
- (30) Fundación Española de la Nutrición (FEN). Web Estudio ANIBES (2018). Enlace: <http://www.fen.org.es/anibes/>
- (31) World Health Organization. (2017). Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Updates for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). ISBN 978-92-4-155012-3. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (32) Huus K, Ludvigsson J, Enskär K, Ludvigsson J. Exclusive breastfeeding of Swedish children and its possible influence on the development of obesity: a prospective cohort study. *BMC Pediatrics* 2008; 8: 42-7.
- (33) Savino F, Fissore M, Liguori S, Oggero R: Can hormones contained in mothers' milk account for the beneficial effect of breast-feeding on obesity in children? *Clin Endocrinol (Oxf)* 2009; 71: 757-65.
- (34) Jarpa M, Catalina, Cerda L, Jaime, Terrazas M, Claudia, & Cano C, Carmen. (2015). Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Revista chilena de pediatría*, 86(1), 32-37. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.006>

- (35) Ballesteros Arribas, J.M. et al. (2011) Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores, edición 2011. Editado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. NIPO: 863-11-007-8.
- (36) Monroy Antón A, Calero Morales S, Fernández Concepción RR. 2018. Los programas de actividad física para combatir la obesidad y el sobrepeso en adolescentes. Revista Cubana de Pediatría [revista en Internet]. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/393>
- (37) Los hábitos deportivos de la población escolar en España. (2011). Redacción: itik, consultoría del deporte y el ocio S.L. Jordi Viñas Fort y Marta Pérez Villalba. Edición: Consejo Superior de Deportes (Subdirección General de Promoción Deportiva y Deporte Paralímpico), Fundación Alimentum, Fundación Deporte Joven. ISBN EN LÍNEA: 978-84-694-7214-9.
- (38) Organización Mundial de la Salud, 2010. Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción Para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales. Enlace: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44317/1/9789243599311_spa.pdf?ua=1
- (39) INSHT. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Iniciativas de la Red Europea de PSLT ENWHT: 7ª iniciativa Move Europe: Estilos de vida saludables en el trabajo. Enlace: <http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem.084224e92eb1cbede435b197280311a0/?vgnextoid=a4474c3c54484310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=dfda0958cfe04310VgnVCM1000008130110aRCRD>
- (40) AECOSAN. (2014). Código de corregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (CÓDIGO PAOS). http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/Nuevo_Codigo_PAOS_2012_espanol.pdf
- (41) Hernández, A., Zomeño, M.D., Dégano, I.R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., Civeira, F., Mourel, R., Marrugat, J. (2018). Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. <http://www.revespcardiolog.es/pdf/S0300893218303877/S200/>
- (42) <https://www.xataka.com/medicina-y-salud/gobierno-le-declara-guerra-a-obesidad-propone-etiquetado-especial-comida-poco-saludable>
- (43) <https://news.sky.com/story/call-for-obesity-to-be-reclassified-as-a-disease-11597486>
- (44) <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>

- (45) Bengoa, R., Arratibel, P. (2014). Deusto Business School Health, Universidad de Deusto. Enlace: <https://dbs.deusto.es/cs/>
- (46) The King's Fund. (2012). Leadership & Engagement for Improvement in the NHS. Together we can. Informe sobre Revisión del Liderazgo 2012. ISBN: 978 1 85717 640 7. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf
- (47) Trickett, K.H., Maticco, P.M., Jones, K., Howlett, B. and Briggs, K. (2016). Effectiveness of Shared Medical Appointments Targeting the Triple Aim Among Patients with Overweight, Obesity, or Diabetes. December 2016. The Journal of the American Osteopathic Association 116(12):780. DOI: 10.7556/jaoa.2016.153.
- (48) Palacio, A., Hincapié-García, J., Botero, J.F. (2015). Programas de atención clínica en diabetes: medición de resultados con un enfoque integral. Vitae. Supplement 1; Medellín Tomo 22, (2015): S31-S32.
- (49) Ruiz Martínez, I., et al. (2011). Sobrepeso y obesidad: guía práctica de actuación desde la farmacia comunitaria. Impulsada por el Grupo de Nutrición y Digestivo de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). Editada por ABCD Group - www.abcd-group.net. ISBN: 978-84-614-4144-0.
- (50) Fernández Cano, P., Arratibel, P., Contel, J.C. Conferencias Inaugurales. MSD. Universidad de Deusto-MSD.
- (51) Teresa Robledo de Dios: 10 años de la estrategia NAOS. Presentación. http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/Teresa_Robledo_10_anyos ESTRATEGIA_NAOS_octubre2015.pdf
- (52) Royo Bordonada, M.A. (2019). Dossier ética y salud pública: Captura corporativa de la salud pública. Revista de Bioética y Derecho 2019; 45: 25-41. ISSN 1886-5887. Enlace: <http://www.rebelion.org/docs/252689.pdf>
- (53) Arteaga-González, I.J., A. I. Martín-Malagón, A.I., Ruiz de Adana, J.C., de la Cruz Vigo, F., Torres-García, A.J., y Carrillo-Pallares, A.C. (2018). Bariatric Surgery Waiting Lists in Spain. Obesity Surgery. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3453-z>. Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2018.
- (54) Calle, E.E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., et al. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. N Engl J Med. 2003; 348(17):1625-38.
- (55) Sjöström, L., Peltonen, M., Jacobson, P., et al. (2012). Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. JAMA. 2012; 307(1):56-65.

- (56) Lakoff, J.M., Ellsmere J. Ransom, T. (2015). Cause of death in patients awaiting bariatric surgery. *Can J Surg.* 2015;58(1):15–8.
- (57) Christou, N.V., Efthimiou, E. (2009). Bariatric surgery waiting times in Canada. *Can J Surg.* 2009;52(3):229–34.
- (58) Rueda JR. (2018). Eficacia y seguridad sobre la cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. Barcelona: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias).
- (59) Sanitas. Recomendaciones antes y después de la cirugía Bariátrica. (2018). Contenido validado por: Dr. José María Alberdi, Coordinador Servicio Aparato Digestivo en el Hospital Universitario Sanitas La Moraleja. Enlace:
<https://tusdudasdesalud.com/adelgazar/tratamiento-adelgazar/cirugia-bariatrica/recomendaciones-cirugia-bariatrica/>
- (60) Entrevista CuidatePlus en colaboración con la SEEDO, Novo Nordisk y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2018). Enlace:
<https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2018/12/10/-mantener-peso-168462.html>
- (61) Gómez Huelgas, R., Gómez Peralta, F., Carrillo Fernández, L., Galve, E., Casanueva, F.F., Puig Domingo, M., Mediavilla Bravo, J.J., Orozco Beltrán, D.; en nombre del Grupo de Trabajo para el Documento de Consenso «Hacia un manejo integral del paciente con diabetes y obesidad», Muñoz, J.E., Menéndez Torre, E., Artola Menendez, S., Mazón Ramos, P., Monereo Megías, S., Caixas Pedrágos, A., López Simarro, F., Álvarez Guisasola, F. (2015). Hacia un manejo integral del paciente con diabetes y obesidad. Posicionamiento de la SEMI, SED, redGDPS, SEC, SEEDO, SEEN, SEMERGEN y SEMFYC. *Revista Clínica Española* 2015 Dec;215(9):505-14. doi: 10.1016/j.rce.2015.07.003. Epub 2015 Sep 9.
- (62) Morgan, C.L., Jenkins-Jones, S., Evans, M., Barnett, A.H., Poole, C.D., Currie, C.J. (2012) Weight change in people with type 2 diabetes: secular trends and the impact of alternative antihyperglycaemic drugs. *Diabetes Obes Metab.* 2012;14:424---32.

AUTORES

Alicia Coduras

Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales (1985) por la Universidad de Barcelona y Doctora en Ciencias Políticas y de la Administración (1999) por la Universitat Pompeu Fabra. Técnico Estadístico Superior del Instituto Opinometre. Anteriormente, profesora de métodos cuantitativos en la Universidad de Barcelona, la Universitat Pompeu Fabra, EAE, IE Business School, Universidad de Nebrija y Centro Universitario EDEM adscrito a la Universidad de Valencia. Investigadora estadística senior de la Fundación Gaspar Casal desde el año 1999. Miembro del equipo técnico del Proyecto Global Entrepreneurship Monitor (GEM) desde el año 1999.

Juan del Llano Señarís

Licenciado en Medicina y Cirugía (1981) y Doctor en Medicina (1990) por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MIR 1982-85, Hospital La Paz). M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh (1985-86). European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (1999-2000). Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias, IESE, Universidad de Navarra (2004). Advanced Health Leadership Forum, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona y University of California, Berkeley (2005). Salzburg's Seminar (1994 y 2015).

Desde 1997 es el director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es Director Académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor Asociado de Gestión Clínica y Sanitaria, desde 1999. Investigador Asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra, desde 2000. Evaluador del Área de Biomedicina, Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Profesor Ayudante Doctor, Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (PAD: 2012-7582).

Jordi Gol-Montserrat

Graduado en Economía por la Universidad Complutense de Madrid, especialidad de Análisis Económico. Master's Programme in Decision Support and Risk Analysis, Stockholm University. Actualmente es Coordinador de Investigación en la Fundación Gaspar Casal. Ex Pasante en la iniciativa PROVAC -creada para fortalecer la capacidad técnica en los países para la toma de decisión basada en evidencia ante la introducción de una nueva vacuna de la Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. Ex Pasante en la Consejería de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente de la Embajada de España en Estados Unidos, Washington DC.

G A S

P A R

□ C A

S A L

