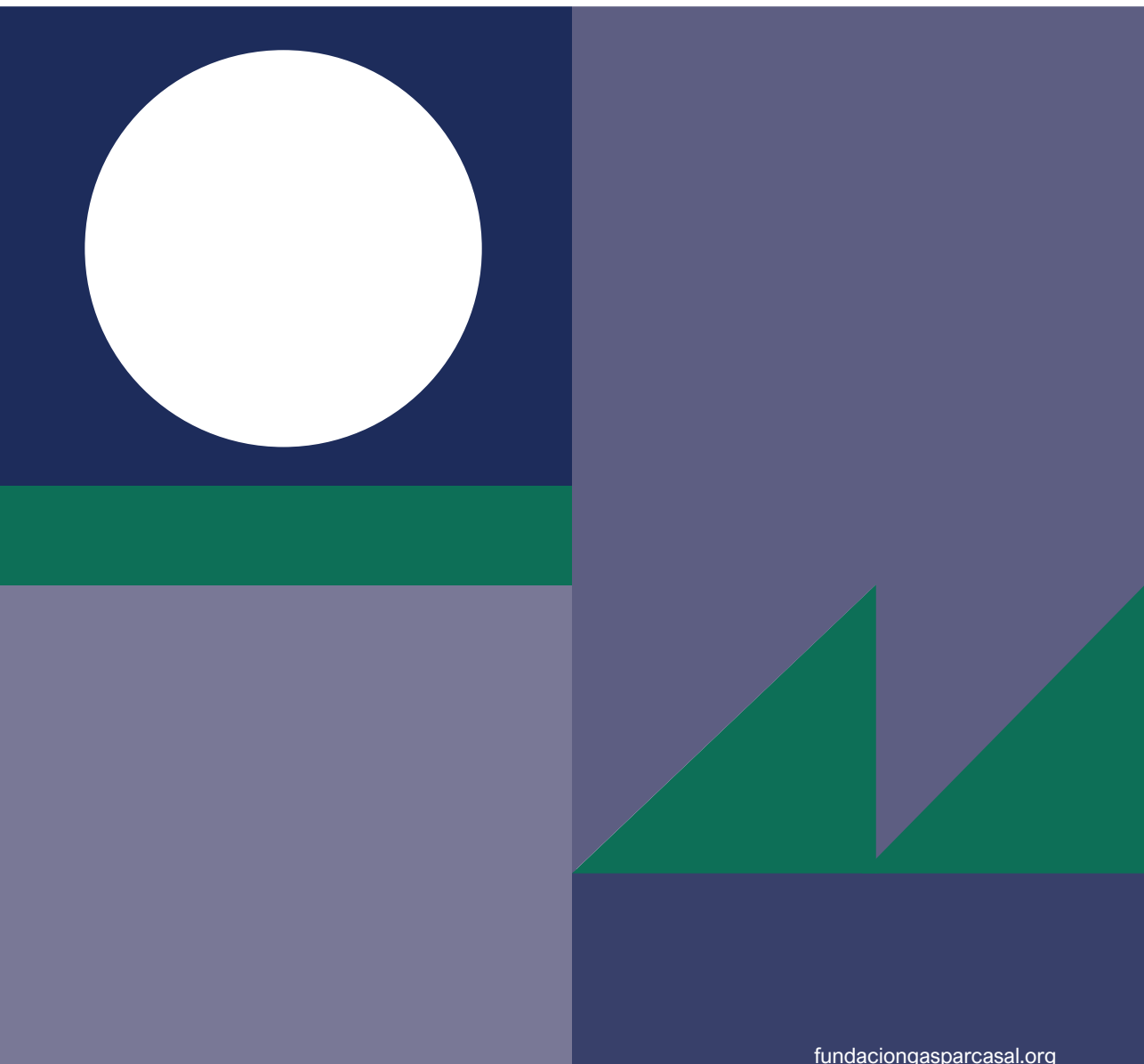


UNA MIRADA INTERDISCIPLINAR A LA OBESIDAD EN EUSKADI: DE DÓNDE VENIMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS



UNA MIRADA
INTERDISCIPLINAR
A LA OBESIDAD
EN EUSKADI:

DE DÓNDE VENIMOS
Y HACIA DÓNDE VAMOS

UNA MIRADA INTERDISCIPLINAR A LA OBESIDAD EN EUSKADI:

DE DÓNDE VENIMOS
Y HACIA DÓNDE VAMOS

FUNDACIÓN



**Una mirada interdisciplinar a la obesidad en Euskadi:
de dónde venimos y hacia dónde vamos**

Novo Nordisk

Fundación Gaspar Casal

© 2023 Fundación Gaspar Casal

fundaciongasparcasal.org

C/ General Díaz Porlier 78, 8A

28006 Madrid

Con la colaboración de:



Edita: Libroacadémico, S.L.

Tel.: 91 550 02 60

info@libroacademico.com

www.libroacademico.com

ÍNDICE

Autores	9
Grupo de expertos	11
1. Introducción	13
2. Las cifras	17
La obesidad en la CAPV	17
La obesidad infantil en la CAPV	20
3. Los determinantes de la obesidad	23
4. El coste sanitario y social	27
5. Estrategias y políticas	29
6. Sesión grupal de expertos y expertas: análisis de la discusión	33
Sobre los “entornos obesogénicos” y comportamientos que más influyen en la obesidad	33
Sobre la categorización de la obesidad: ¿factor de riesgo o enfermedad?	37

Sobre las soluciones desde un enfoque de innovación social para abordar la obesidad	39
Sobre innovaciones terapéuticas y organizativas en situaciones de obesidad	45
7. Hoja de Ruta hacia el abordaje de la obesidad en Euskadi	47
Referencias	53

AUTORES

Maidar Urtaran-Laresgoiti

Investigadora grupo OPIK de la Universidad del País Vasco

Roberto Nuño-Solinís

Tesorero de la Asociación de Economía de la Salud

Juan E. del Llano Señarís

Director general de la Fundación Gaspar Casal

Blanca Franch

Fundación Gaspar Casal

GRUPO DE EXPERTOS

José María Abellán

Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia

Igotz Aranbarri

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Osakidetza

Aitor Coca

Director Académico Actividad Física y Salud de la Universidad EUNEIZ

Julen Larrañaga

Coordinador de Programas del área social de Agirre Lehendakaria Center

Albert Lecube

Jefe del Departamento de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitari
Arnau de Vilanova de Lleida

Enrique Peiró

Jefe de Programas de Salud Pública en Osakidetza

Álvaro Sánchez

Técnico de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia
para la DG de Osakidetza y Coordinador del Área de Atención Primaria
del IIS Biocruces Bizkaia

Inés Urieta

Coordinadora de Salud Pública en la Comarca Uribe-Kosta.

1 INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema multifactorial complejo, definido por una adiposidad excesiva y está relacionada con mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades no transmisibles (ENT), y exceso de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera la obesidad como una enfermedad, las tasas de obesidad han alcanzado proporciones de epidemia a lo largo de la Región Europea de la OMS y continúan en aumento. El sobrepeso y la obesidad afectan a casi el 60% de las personas adultas y al 29% y 27% de niños y niñas, respectivamente, en la Región Europea de la OMS (1). La Organización Mundial de la Salud establece el punto de corte de $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ de Índice de Masa Corporal para definir casos de obesidad en adultos mayores de 18 años, mientras que en el caso de las personas menores de edad (entre 2 y 18 años) estos niveles se reducen y varían según edad y sexo (2).

Según estimaciones recientes, el sobrepeso y la obesidad son el cuarto factor de riesgo más frecuente de ENT en la región europea, después de la hipertensión arterial y el riesgo alimentario y el tabaco. También es la principal causa de discapacidad en la Región Europea de la OMS, causando el 7% del total de años vividos con discapacidad (1). A nivel global, el 8% de las muertes en 2017 fueron a causa de la obesidad, suponiendo un incremento del 4,5% desde 1990. Se estima que en la Región Europea de la OMS la obesidad y sobrepeso causan al año 1,2 millones de muertes. En el estado español, el

porcentaje de muertes atribuibles a obesidad fue del 9,63% en el 2019 (3). A su vez, los estudios más recientes han evidenciado que la obesidad está vinculada a una mayor morbilidad y mortalidad por COVID-19 (1).

En población infantil, aunque la prevalencia de sobrepeso y obesidad se habría estabilizado en los últimos años, se sitúa en niveles elevados (4). Incluso algunos datos preliminares indican que en varios países de la Región Europea de la OMS la prevalencia de obesidad ha aumentado en adolescentes y niños y niñas durante la pandemia de la COVID-19. En este sentido, algunos informes alertan de que ningún país de la UE está en situación de conseguir los objetivos de estabilización para el 2025 (1).

Más allá del impacto directo de la obesidad, esta condición está relacionada con un riesgo incremental de padecer muchas otras enfermedades y complicaciones. Se asocian directamente a la obesidad la Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, problemas renales y hepáticos crónicos, complicaciones musculoesqueléticas, problemas de salud mental, incluso cáncer (1). En la población infantil, tiene repercusiones importantes en la salud en estas etapas y condiciona la calidad de vida en la edad adulta. En esta línea, las personas adultas que fueron adolescentes obesos tienen, con más probabilidad, salarios bajos en su vida profesional y mayores grados de exclusión social. También se evidencian un menor rendimiento escolar y un descenso de la autoestima en la población menor de edad.

Organismos y administraciones sanitarias han alertado sobre la necesidad de poner en marcha iniciativas y políticas integrales que ayuden a abordar el problema de la obesidad desde sus diferentes dimensiones. Centrándonos en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), nuestro foco de aquí en adelante, observamos que existen iniciativas como la Estrategia SANO que pretenden atajar la obesidad infantil, urgen medidas y políticas que ayuden a reducir estas cifras en la práctica. Cifras que no sólo constituyen una crisis sanitaria, por su impacto en la morbimortalidad de las poblaciones, sino también un riesgo a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario y social por el alto impacto económico —algunas de las enfermedades asociadas crónicas como son la diabetes tipo 2 o la insuficiencia cardiaca son un gran vector de coste para el SNS.

Este estudio busca aportar una visión integral e interdisciplinar a la situación de la obesidad en Euskadi, planteando una Hoja de Ruta viable y accionable en Euskadi para continuar avanzando en prevenir la aparición y/o desarrollo de la obesidad, abordar las desigualdades existentes y minorar su impacto sanitario y social.

El trabajo se compone en torno a 3 fases:

En una primera fase, se ha realizado un estado de situación de la obesidad a nivel internacional, nacional y en Euskadi a partir de la revisión sistemática de la literatura, tratando los siguientes temas en los apartados 2 a 5 respectivamente: cifras de morbilidad teniendo en cuenta diferencias según factores sociodemográficos; determinantes sociales y factores predictivos de la obesidad; costes sociales y sanitarios de la obesidad; y, por último, políticas y estrategias de abordaje puestas en marcha en el ámbito de la CAPV. La revisión incluye los artículos científicos más recientes, resultados de las encuestas de salud, así como informes de las administraciones y organismos que rigen las políticas de salud de la CAPV y el estado español.

En una segunda fase, se ha convocado una sesión grupal de discusión con un panel de expertos multidisciplinares en las áreas de salud pública, medicina familiar y comunitaria, endocrinología, así como profesionales de la actividad física, de la economía del comportamiento, e innovación social. El apartado 6 analiza la discusión mantenida durante la sesión de trabajo interdisciplinar en torno a 4 preguntas clave, para extraer conclusiones y consensos en cuanto a las respuestas innovadoras (sociales, comunitarias, organizativas y asistenciales) ante los retos derivados de la obesidad en Euskadi.

La relación de las personas que han participado en la sesión grupal de discusión se muestra en la Tabla 1.

En una tercera fase, correspondiente al apartado 7, se han identificado soluciones y respuestas innovadoras de abordaje de la obesidad a partir de la revisión de la situación, así como reflexión y discusión del grupo de experto. Además, del análisis de estas reflexiones se han destilado los puntos clave y conclusiones que permiten trazar una hoja de ruta en el abordaje de la obesidad.

Tabla 1: Perfil de personas participantes en la sesión grupal de discusión		
Identificador	Género	Ámbito de trabajo
#1	M	Fisiología del ejercicio
#2	M	Innovación social
#3	M	Endocrinología
#4	F	Medicina familiar y comunitaria
#5	M	Epidemiología
#6	M	Psicología e investigación promoción de la salud
#7	F	Salud pública
#8	M	Economía de la salud y de la conducta

2

LAS CIFRAS

LA OBESIDAD EN LA CAPV

Las últimas cifras de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2018)¹, muestran una prevalencia de obesidad del 13,5% y 11,1% en hombres y mujeres, respectivamente. En el caso de los hombres, estas cifras se habrían estabilizado desde 2013, mientras que en el caso de las mujeres este porcentaje se habría reducido de forma ligera. Estas prevalencias se sitúan por debajo de las que hubo para el conjunto del estado español, donde se alcanzaron prevalencias de obesidad del 18,2% y 16,7%², en hombres y mujeres respectivamente, según la Encuesta Nacional de Salud para España (ENSE) en el 2017. En el 2020, la Encuesta Europea de Salud en España (EESE)³ mostraba prevalencias de obesidad del 16,5% y 15,54%, para hombres y mujeres respectivamente.

Igualmente, el impacto de la obesidad es desigual para los distintos grupos de población según su edad, clase social y nivel de estudios entre otros. Los

1 La ESCAV incluye respuestas de 5.300 unidades de viviendas familiares representativas del conjunto de la CAPV, en el que participan personas de 15 y más años. En estas cifras se incluye población mayor de 15 años.

2 La ENSE es una encuesta representativa de la población no institucionalizada residente en España. Estas cifras incluyen población de 18 años o más.

3 La EESE es una encuesta representativa de la población adulta no institucionalizada residente en España (15 y más años) mediante un cuestionario común europeo. Se alterna cada 2 años y medio con la ENSE. Estas cifras incluyen a población de 15 años y más.

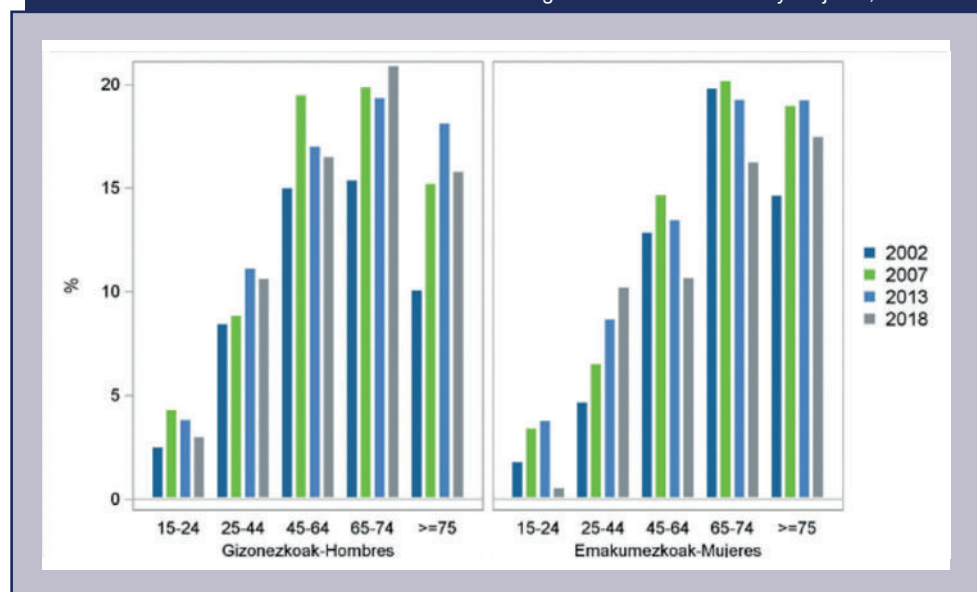
gráficos 1-3 muestran la evolución de la prevalencia de obesidad en la CAPV en los últimos 20 años, según estas variables.

Tal y como se observa en el Gráfico 1, la prevalencia de la obesidad aumenta con la edad. En el grupo de hombres, solo el de 65 a 74 años muestra una evolución creciente, siendo de aproximadamente el 20% de la población la que padece de obesidad. Sin embargo, en el caso de las mujeres, es el grupo de entre 25 a 44 años la que ha presentado un aumento en la prevalencia, situándose en entorno al 10%. Las cifras en el grupo de mujeres de 15 a 24 años se han reducido en los últimos 20 años a prácticamente 0.

En relación con su clase social, las personas que padecen en mayor medida la obesidad se sitúan en las clases sociales más bajas (clase V), siendo además esta desigualdad gradual. Entre las mujeres, la prevalencia es de casi el doble entre las de clase más baja en comparación a las de clase más alta (Gráfico 2).

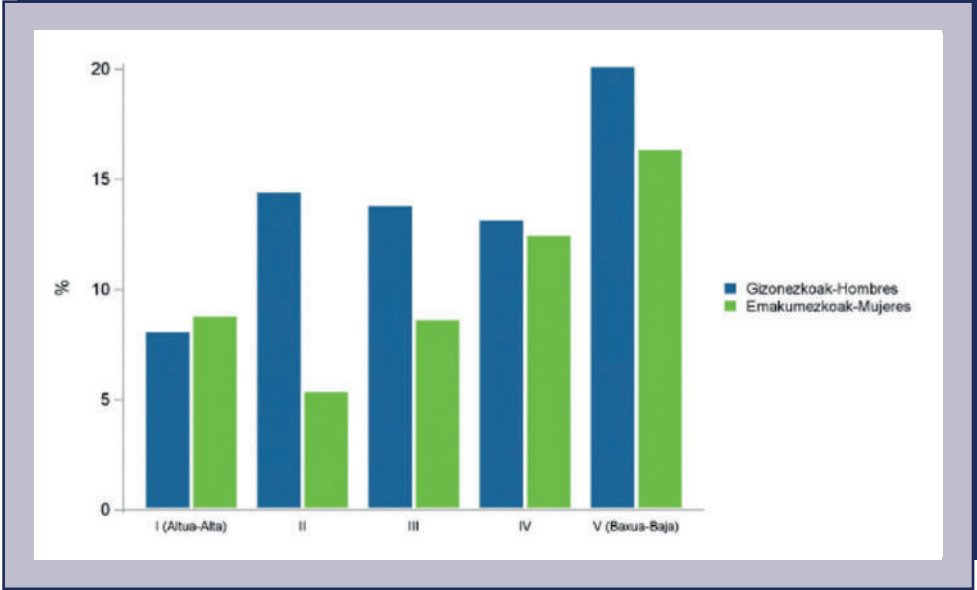
Estas desigualdades también se observan si se miran los datos de prevalencia desagregados por nivel de estudios de la población. En este sentido, la

Gráfico 1: Prevalencia de la evolución de la obesidad en la CAPV según la edad en hombres y mujeres, 2002-2018



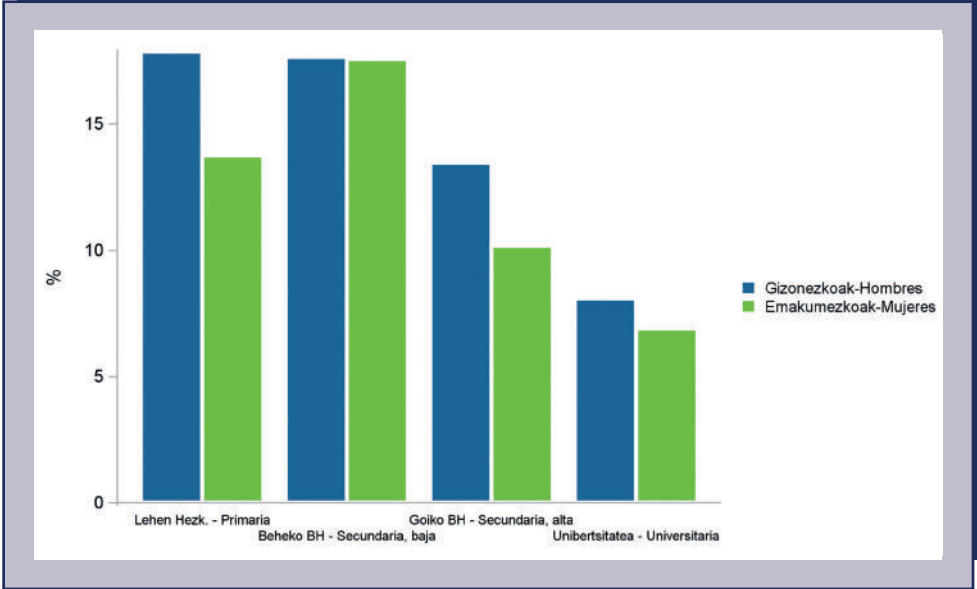
Fuente: ESCAV, 2018.

Gráfico 2: Prevalencia de la obesidad en la CAPV según la clase social en hombres y mujeres



Fuente: ESCAV, 2018.

Gráfico 3: Prevalencia de la obesidad en la CAPV según nivel de estudios en hombres y mujeres



Fuente: ESCAV, 2018.

prevalencia aumenta al disminuir el nivel de estudios. Entre los que tienen estudios primarios el 18% y 14% de los hombres y mujeres, respectivamente, presentan obesidad, frente a, 8% y 7% de los hombres y mujeres con estudios universitarios (Gráfico 3).

A nivel estatal, estas desigualdades se observan también en los resultados de la última ENSE 2017, donde las personas de clases sociales más bajas tienen prevalencias mayores de obesidad en comparación con las de clase más alta. Este gradiente de desigualdad fue más notorio en el caso de las mujeres.

LA OBESIDAD INFANTIL EN LA CAPV

La obesidad infantil, por su parte, es también uno de los principales problemas de salud pública a nivel internacional que se asocia con problemas de salud tanto en la infancia como en la edad adulta. La obesidad en la niñez se asocia con un mayor riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer) en etapas posteriores de la vida (5,6).

En la CAPV, los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017 mostraban una prevalencia de la obesidad en la población de 2 a 17 años del 12,8% y del 9,42% en niños y niñas, respectivamente. Estos datos mostraban un aumento significativo de la prevalencia de la obesidad en niños y niñas con respecto a los datos de la misma encuesta del año 2012: +4,8 puntos porcentuales en niños y +3,7 puntos porcentuales en niñas. Aunque, al revisar el conjunto de niños y niñas con sobrepeso y obesidad, vemos que ha bajado a un 24,7% desde un 32,5%⁴.

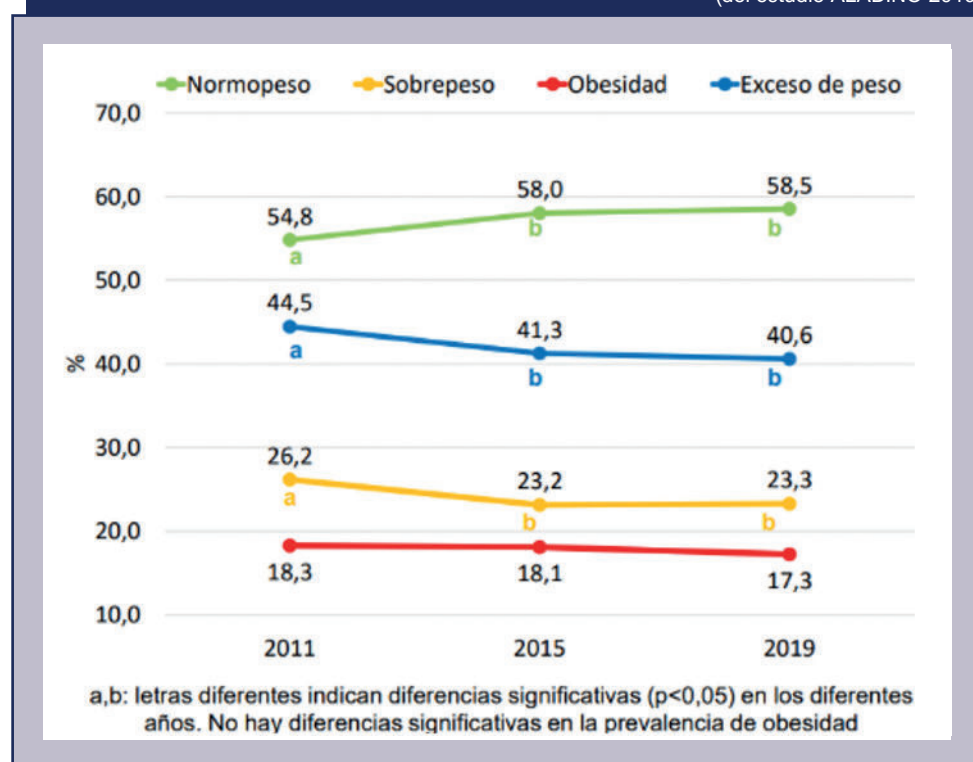
A nivel estatal, el estudio sobre la Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición⁵ (ALADINO 2019) mostraba una prevalencia de obesidad del 17,3% total, si bien esta era significativamente mayor en niños (19,4% en niños y 15,0% en

4 Nota: datos de la ENSE 2012 y 2017. No coincide con informe SANO (8% y 5,7% para niños y niñas respectivamente en 2017), que están intercambiados entre los años 2012 y 2017.

5 ALADINO es un estudio descriptivo trasversal de las medidas antropométricas de escolares de 6 a 9 años residentes en España. Incluye una muestra de 16.665 escolares.

niñas). Además, atendiendo a los diferentes grupos de edad, en los niños la prevalencia era mayor en los de 7, 8 y 9 años, respecto a grupos de menor edad. Sin embargo, en niñas, esta prevalencia aumentaba de los 6 a los 8 años. A través del análisis de los datos evolutivos de este estudio desde el año 2011 indica como las prevalencias entre 2011 y 2019 de obesidad no habrían mostrado una disminución estadísticamente significativa (Gráfico 4).

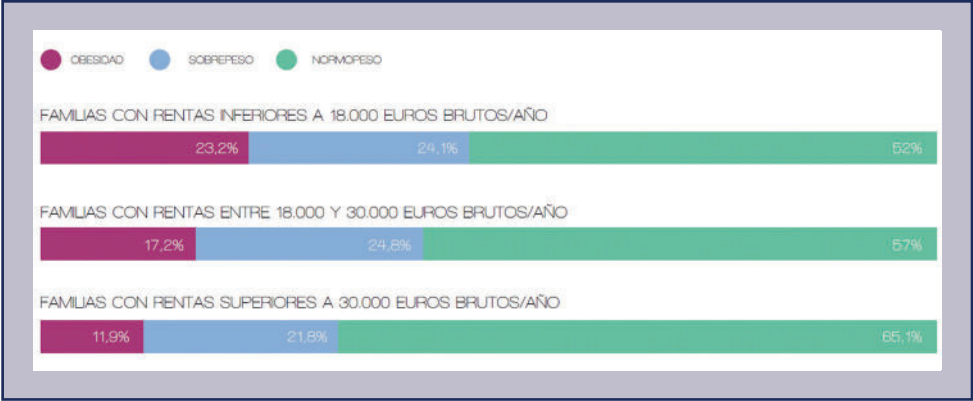
Gráfico 4: Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en España (del estudio ALADINO 2019)



Fuente: ALADINO 2019.

Tal y como se describe con la población general, las desigualdades sociales y factores socioeconómicos también han demostrado tener impacto sobre la obesidad de la población infantil. Así, el estudio evidencia una mayor prevalencia de obesidad entre las familias con rentas más bajas (23,2% en el caso de familias con rentas < 18.000 euros brutos/año, frente al 11,9% entre las familias con > 30.000 Euros brutos/año).

Gráfico 5: Distribución de la prevalencia de obesidad, sobrepeso y normopeso entre la población entre 6-9 años según la renta familiar en España



Fuente: Estudio ALADINO 2019.

3 LOS DETERMINANTES DE LA OBESIDAD

La causa fundamental de la obesidad es un exceso de calorías consumidas con respecto a las gastadas a lo largo del día. En este sentido tanto los hábitos de alimentación como de actividad física adquieren un rol importante en mediar la aparición del exceso de peso y obesidad.

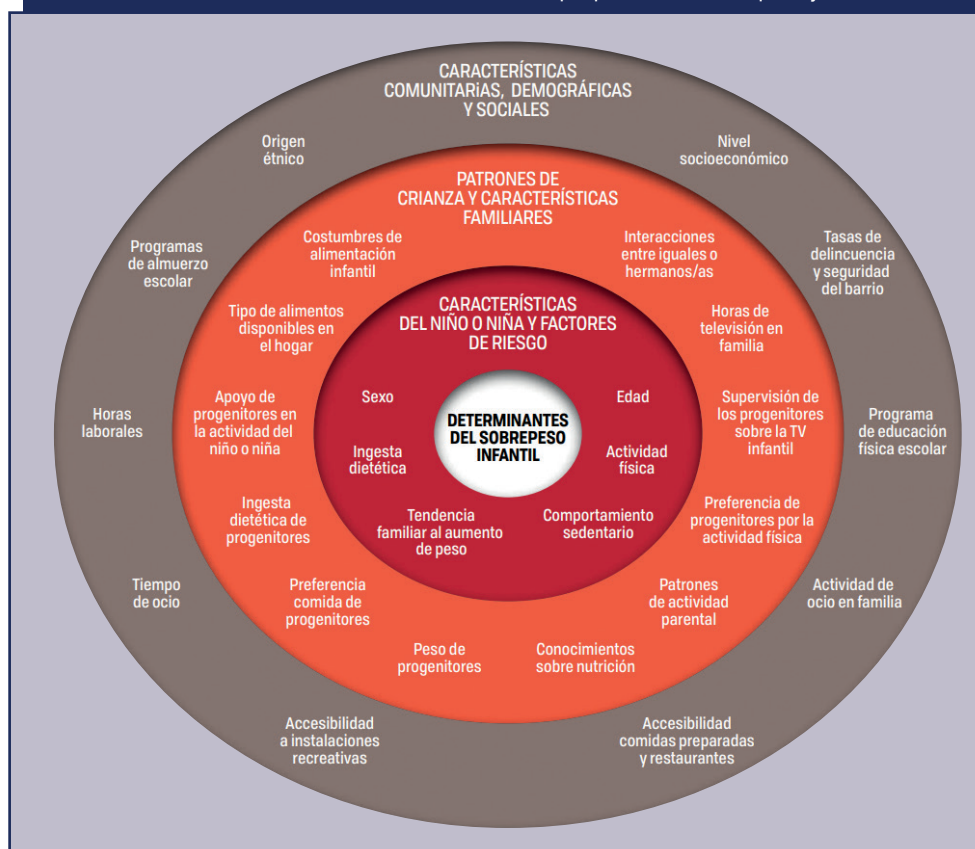
A nivel mundial, los patrones alimentarios han cambiado y se ha observado un incremento de consumo de alimentos de alto valor calórico (altos en grasas y azúcares). Igualmente, el desarrollo tecnológico ha provocado un descenso en la actividad física, habiendo unos trabajos, prácticas de ocio y modos de transporte más sedentarias (7). Algunas autoras han calificado a esta era desde el fin de la segunda Guerra Mundial como la “transición nutricional”, caracterizada por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (8). Asimismo, el consumo de pantallas y los hábitos de sueño en población infantil se han vinculado con el desarrollo de la obesidad (9-11).

Sin embargo, más allá de estos factores directos de un aumento de la obesidad, se ha alertado sobre la necesidad de analizar el problema de la obesidad y sus causas desde una perspectiva integral y multidisciplinar de los determinantes más distales que la causan. Las causas subyacentes de la obesidad son mucho más profundas y tienden a agregarse, pudiendo ser genéticas, psicológicas, socioculturales, económicas y medioambientales.

En esta línea se reconoce el papel que juega el entorno y la comunidad, junto con el rol de las nuevas tecnologías, en modular los patrones de alimentación y actividad física de las personas (7). Así mismo, en estrecha relación con estos avances tecnológicos en los últimos años se ha prestado atención a los “determinantes comerciales” de la obesidad, los cuáles hacen referencia a la influencia de la industria de alimentos y bebidas en la formulación de políticas que impactan sobre la accesibilidad y precios de los productos que compramos y consumimos (12,13). Algunos informes han alertado de las influencias medioambientales y del fracaso de las estrategias tradicionales de prevención basadas sólo en la promoción de la salud, principalmente en población infantil.

Un marco interesante para entender y analizar las causas de la obesidad se presenta en la Estrategia para la prevención de la obesidad infantil en Euskadi (Gráfico 6). En este marco se representan las relaciones bidireccionales que se dan entre las distintas causas que operan a niveles diferentes (la individual, la familiar y la del entorno social, comunitario en el que vive la persona). Según este marco la edad, el género y la predisposición familiar al aumento de peso son factores que pueden aumentar o no el riesgo de obesidad en la infancia. Por encima se sitúan los patrones de crianza y características familiares en los que viven las personas. Y finalmente, los factores comunitarios, demográficos y sociales se posicionarían como causas que por su influencia en los hábitos alimentarios y en la práctica de actividad física, tanto de progenitores como de descendientes, podrían desencadenar problemas de obesidad.

Los resultados de diversos estudios a nivel estatal refuerzan las ideas de estos marcos. Por un lado, el estudio del rol de los factores socioeconómicos en la obesidad de los escolares en España analiza la relación entre el exceso de peso y la pobreza infantil, desde una perspectiva de género y desigualdad de renta. Los resultados muestran que la obesidad infantil es el doble para los niños y niñas en hogares con menos ingresos que para los que viven en hogares con más ingresos (el 23,2% frente al 11,9%, respectivamente) (Gráfico 7). Además, los datos de la ENSE 2017 muestran una mayor prevalencia de obesidad en los niños y niñas de 4 a 14 años de familias con rentas más bajas, en este caso según datos declarados por los progenitores. Según el nivel de estudios de los progenitores también la prevalencia de obesidad es el doble en hogares con menor nivel educativo respecto a los de estudios superiores, tanto para niños

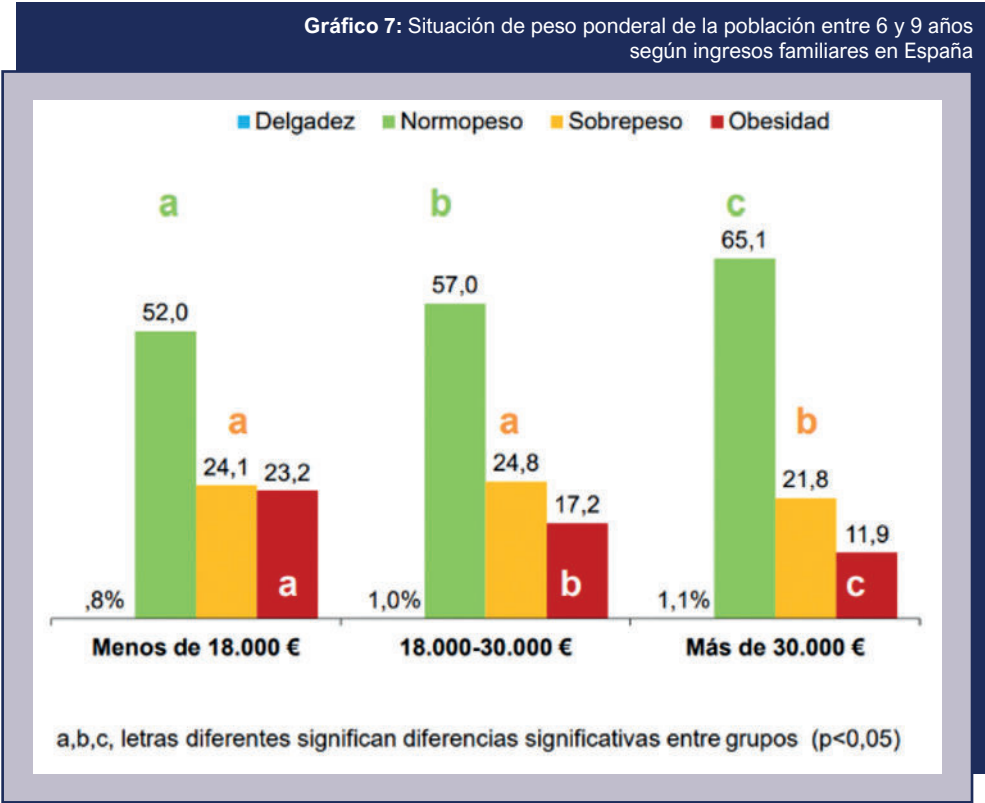
Gráfico 6: Factores que predicen el sobrepeso y obesidad infantil

Fuente: Estrategia para la prevención de la obesidad infantil en Euskadi.

(27,9% frente al 14,3%) como para niñas (21,1% frente a 10,4%). Asimismo, se observa que una mayor actividad laboral fuera del hogar de los progenitores se asocia con mayores ingresos y con menor prevalencia de obesidad infantil. De la misma forma, a menor actividad laboral fuera del hogar, es mayor prevalencia de obesidad.

Por otro lado, sobre la transmisión del exceso de peso de progenitores a hijos e hijas, la evidencia muestra que la obesidad en los progenitores aumenta el riesgo de obesidad en sus hijos e hijas. La obesidad y sobrepeso infantil aumentan a medida que aumenta el exceso de peso en ambos progenitores, especialmente acentuado en la obesidad en niñas. Que ambos progenitores tengan

obesidad multiplica por cinco la probabilidad de tener obesidad en las niñas (32,7% frente a 6,7%) y por cuatro en los niños (39,9% frente a 9,8%) en comparación con escolares que tienen ambos progenitores con peso normal (14).



Fuente: Estudio ALADINO 2019.

En relación con los hábitos de alimentación, ejercicio y sueño de la población infantil, este mismo estudio ha mostrado que el porcentaje de las niñas y niños que desayunan algo más que un vaso de leche o zumo fueron significativamente mayores en escolares con normopeso. Además, entre la población escolar con obesidad la realización de actividad física (actividades deportivas extraescolares y actividad física intensa más de 1 h/día) es menor, son sedentarios más frecuentemente y disponen de pantallas en su habitación con mayor frecuencia que el resto. Finalmente, las personas menores con sobrepeso y obesidad duermen ligeramente menos que los escolares con normopeso.

4

EL COSTE SANITARIO Y SOCIAL

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) realizó en 2019 un estudio sobre el crecimiento mundial de la obesidad y su coste económico en 52 países. Los resultados para España, según este informe, son “impactantes”: la obesidad reduce en 2,6 años la esperanza de vida y es responsable del 9,7% del gasto sanitario (35).

Asimismo, reduce la productividad laboral en el equivalente a 479.000 jornadas laborales anuales, lo que en conjunto supone una reducción del PIB del 2,9%. Para cubrir estos costes, cada persona en nuestro país paga 265 euros de promedio al año en impuestos. El estudio concluye que, por cada euro invertido en la prevención de la obesidad en España, se recuperarían seis.

En términos económicos en España el sobrepeso representa el 10% del gasto en salud y se estima que el conjunto de políticas de prevención para abordar el problema del sobrepeso y la obesidad logran un retorno estimado de 6 € por cada euro invertido en ellas. Si las tendencias de los últimos años no cambian, se estima que para 2030 habrá 3.100.000 nuevas personas con exceso de peso y un sobrecoste total ligado a la obesidad de 3.000 millones de euros.

5

ESTRATEGIAS Y POLÍTICAS

El reconocimiento de la obesidad como problema de salud pública y la necesidad de abordarlo ha contribuido a la puesta en marcha de diferentes estrategias y políticas para reducir su impacto, a nivel mundial y local.

En el año 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la estrategia mundial para la alimentación, el ejercicio y la salud (15), con la intención de promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a escala individual, comunitaria, nacional y mundial. Para ayudar a los países miembros a aplicar la Estrategia (adaptada a cada contexto), la OMS se ocupa de preparar y difundir toda una serie de instrumentos. Sus herramientas y actuaciones se orientan a actuar en las siguientes vertientes: 1) la mejora de la alimentación, a través de la reducción del volumen e impacto de la publicidad de ese tipo de alimentos y bebidas hipercalóricas y pobres en nutrientes; 2) el aumento de los niveles de actividad física de la población; 3) la promoción de colaboraciones con los diversos agentes protagonistas de la salud pública. En esta línea trabaja en fomentar acuerdos con todas las entidades que de modo directo o indirecto intervienen en la elaboración o comercialización de alimentos o bebidas; y 4) el fortalecimiento de las capacidades nacionales y evaluar y vigilar los progresos realizados.

También la Unión Europea estableció el plan de Acción contra la Obesidad Infantil 2014- 2020 de la Comisión Europea (16) y en el 2016 y 2017 lanzó

unas Conclusiones del Consejo en las que se invitaba a los Estados Miembros y a sus gobiernos a hacer un PLAN para la mejora de los alimentos y a colaborar con los sectores para ello.

A nivel estatal, en el año 2015 se puso en marcha la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) (17), elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta tiene como finalidad mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física de todas las personas, poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil. En su elaboración participaron un grupo amplio de representantes de la administración, universidades, sociedades científicas, sector privado, asociaciones de consumidores, o educadores, entre otros. Se encarga de la coordinación la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA) y la Dirección General de Salud Pública. Si bien el documento se centra fundamentalmente en fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física, reconoce la complejidad que existe donde un gran número de variables ambientales y sociales interactúan impactando en los hábitos de alimentación y actividad física.

La estrategia propone actuaciones para desarrollar en los ámbitos familiar, comunitario, escolar, empresarial y sanitario, de diverso carácter. Entre las acciones que se recogen en la estrategia están las de carácter formativo y divulgativo dirigidas a las familias, así como las de educación en el ámbito escolar para promover las prácticas saludables. También a nivel escolar las acciones se orientan a facilitar productos saludables en los entornos escolares, tanto en los comedores como en las máquinas expendedoras. Con relación al sector privado y la industria alimentaria y de bebidas se promueven colaboraciones para propiciar cambios en la información del etiquetado o composición de algunos alimentos. Asimismo, con el sector sanitario se quieren promover campañas y acciones para la detección de la obesidad a tiempo, así como información y seguimiento de casos. Además, se propone la creación de un Observatorio de la Obesidad que cuantifique y analice periódicamente la prevalencia de la obesidad en la población, con el fin de revisar periódicamente la consecución de los resultados de la estrategia.

Por otro lado, el Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas del 2020 (18), recoge los compromisos de reformulación de los sectores de la fabricación y de la distribución, para

mejorar el contenido de ciertos nutrientes seleccionados (grasas saturadas, grasas trans, sal o azúcares) de los alimentos, modificando alguno de sus componentes sin que esto conlleve un aumento del contenido energético ni el de otros nutrientes. Esto apoya lo que se impulsa desde la estrategia NAOS con relación a los acuerdos con la industria alimentaria.

Más recientemente (en el año 2022), y orientado al problema de la obesidad entre la población infantil, se ha lanzado el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (19). Este pretende generar acciones multinivel y en cascada en las diferentes administraciones públicas, sector científico, tercer sector, empresas y sociedad civil, para generar ecosistemas que fomenten estilos de vida saludables. Principalmente se proponen acciones en las líneas de la actividad física, las dietas saludables, el bienestar emocional y la calidad del sueño. El objetivo principal es reducir en un 25% el sobrepeso y la obesidad entre la población infantil y adolescente en España en los próximos diez años. Este ha sido promovido por el Gobierno español y coordinado por el Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil.

En la CAPV, la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco presentaron en el 2017 la Estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil de Euskadi, con el lema SANO (20). Tiene una orientación práctica para alcanzar objetivos concretos con relación a la práctica de actividad física y alimentación saludable de la población de entre 0 a 18 años en la CAPV. Para ello, se formulan acciones también en colaboración con agentes del sector escolar, sanitario y privado. Se trabaja desde una perspectiva tanto individual, fomentando el empoderamiento e implicación de los niños y niñas para que adopten hábitos de vida saludables; como comunitaria e institucional, para articular a todos los agentes que influyen en la generación de entornos saludables.

En esta línea, las acciones de la estrategia mantienen coherencia y relación con respecto a las acciones de otros planes impulsados en los últimos años, como el Plan de Salud Euskadi 2013-2020, el Proyecto Mugiment, las Iniciativas de Alimentación Saludable de Euskadi, así como el IV Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias de la Comunidad Autónoma de Euskadi para el periodo 2018-2022, entre otras.

6 SESIÓN GRUPAL DE EXPERTOS Y EXPERTAS: ANÁLISIS DE LA DISCUSIÓN

A continuación, se describen de forma ordenada las ideas surgidas a lo largo de la discusión grupal, que a su vez se acompañan con citas literales de las voces representadas en la sesión.

SOBRE LOS “ENTORNOS OBESOGÉNICOS” Y COMPORTAMIENTOS CON MAYOR INFLUENCIA EN LA OBESIDAD

Existe amplio consenso entre los expertos de que la obesidad es un problema de carácter multidimensional y multinivel, en la que operan e influyen factores diversos: desde los hábitos individuales de dieta, actividad física o sueño, hasta las estructuras sociales, educativas, sanitarias y publicitarias de la sociedad en la que se vive. Además, existe consenso sobre la interconexión entre todos estos factores, siendo vinculantes los unos con los otros. *“Todo ello hace que abordar la obesidad sea complejo”.*

Por un lado, los expertos participantes listan y elaboran sobre factores conductuales en diversas ocasiones, siendo estos comportamientos los relacionados

con la dieta, la actividad física, así como el sueño o estrés. Y, mientras que en algunos existe la posibilidad de su modificación, no siempre es así.

“Eso está en la alimentación, el llevar una dieta desequilibrada, que es un factor de riesgo conductual de primer orden, y también está en el sedentarismo”. #8

“La alimentación más densamente calórica, eso va a condicionar que ganes peso. También ser más sedentario, por supuesto, y sobre eso sí que puede actuarse. Pero también el estrés, la falta de sueño, la estigmatización pone en marcha otras situaciones que hacen ganar peso. Entonces, yo creo que sin duda hay unas causas, hay unos condicionantes, pero que la persona con obesidad no siempre es capaz de decidir”. #3

Con respecto a esta última idea que se menciona (la dificultad estructural de modificar ciertos factores conductuales), se apunta a la existencia de los llamados “entornos obesogénicos”: constituidos tanto por un entorno construido (los edificios y espacios creados o modificados por el ser humano que forman las características físicas de una comunidad) como por un entorno social desfavorables para mantener hábitos de alimentación y actividad física saludables. En la discusión se comparten una serie de ejemplos ilustrativos para comprender lo que son e implican estos entornos, que además muestran la relación entre los factores que operan a nivel individual y a nivel de estructuras sociales.

“(…) un entorno alimentario adverso, puede ser, por ejemplo, que desde determinadas condiciones económicas digamos desfavorecidas, (...) no haya acceso a determinados hábitos saludables, sea ejercicio físico, sea alimentación, sea fruta (...)”. #5

“(…) si te encuentras en un entorno que facilita el hacer ejercicio físico (...), sin embargo, si estás en un sitio, pues en una torre y rodeado de otras torres y además que es inseguro salir a la calle, lógicamente vas a tener más difícil (hacer ejercicio físico)”. #5

En esta línea, se apunta a la necesidad de identificar estos “entornos que son desfavorables para adquirir hábitos de vida saludable” como primer paso para el abordaje de la obesidad.

Por otro lado, además de entender la importancia del entorno, se añade la necesidad de reflexionar y entender sobre cómo las personas toman decisiones sobre su salud. También poniendo el foco en entender y apoyar la sostenibilidad de los cambios de hábitos de las personas.

“(...) atendiendo a esos múltiples niveles en los cuales están influyendo (...), empezando por la persona, sus actitudes, sus emociones y su manera de pensar”. #6

“(...) hay todo un mundo relacionado con el propio proceso de la toma de decisiones de las personas que también es necesario influir y (...) precisamente el mantenimiento, que es una de las grandes columnas de la obesidad”. #6

A este respecto, sin embargo, también se defiende la idea de que en la sostenibilidad de los hábitos influye el entorno en el que se vive, así como de las estructuras sociales que imperan en ese entorno. En este sentido, se menciona en varias ocasiones la importancia que adquieren en esta problemática los determinantes sociales de la salud.

“me parece importante volver a hablar de las causas de las causas. (...) ¿por qué hay determinados grupos de población en los que esto se da con mayor intensidad?, ¿cuáles son los determinantes de esas causas?”. #7

“(...) hay unas causas intrínsecas al individuo que facilitan ese acúmulo de energía, una serie de factores contribuyentes, entre los que sin duda hay el nivel socioeconómico, la renta, educación, pero también el estigma de discriminación”. #3

“Porque yo creo que es tanto o más importante que la labor asistencial, por ejemplo, el reducir el abandono escolar temprano, el crear y fomentar empleo estable, el crear una red de seguridad económica con programas de lucha contra la pobreza (...), por esa correlación que decíamos entre los determinantes sociales y la obesidad y el sobrepeso”. #8

Así, se subraya la necesidad de identificar sobre quién y cómo afectan estos entornos y factores obesogénicos en mayor medida.

“(...) el entorno yo creo que quizá sea fácil identificarlo: yo me preguntaría qué población... o sea, cuán probable es que el entorno obesogénico tenga un impacto negativo sobre una determinada población”. #8

Asimismo, intentando indagar en los propios comportamientos, los discursos de las personas participantes apuntan a la necesidad de fijarse en la influencia del estilo de vida y costumbres sociales y culturales sobre los comportamientos individuales.

“(...) la evolución de la sociedad y nuestro tipo de vida, y es verdad que hay muchos comportamientos que tienen que ver con que cada vez tenemos menos tiempo, (...) cada vez muchas veces muchos de nosotros dedicamos menos tiempo a actividades importantes, como por ejemplo la preparación de los alimentos”. #5

“(...) las actividades cada vez son más sedentarias, con poco movimiento, podemos hablar del teletrabajo”. #5

En cualquier caso, también se apunta a la idea de que todos estos factores son *“factores contribuyentes que llevan a la obesidad, pero no son las causas intrínsecas”* (#3), pudiéndose afirmar que estamos hablando de síntomas y no las causas.

Por último, algunas de las personas también alertan de forma sostenida sobre la falta de datos en relación los hábitos sedentarios y de actividad física, pero también en cuanto a información cualitativa y percepción ciudadana sobre lo que nos indican las informaciones cuantitativas. En este sentido, se reitera la importancia de incorporar la mirada comunitaria (es decir, la percepción de las personas) en identificar los entornos obesogénicos; con el objetivo de profundizar en las causas que llevan a adoptar ciertos comportamientos y analizar sus necesidades percibidas.

“(...) identificar los entornos obesogénicos a través de participación comunitaria es más difícil, pero yo creo que es el reto que nos queda porque aborda el problema desde una perspectiva multidisciplinar, abordando los centros escolares, los centros de salud, la comunidad, el entorno social, el municipio, el nivel local”. #7

“(...) yo me preguntaría por qué estamos teniendo estos comportamientos o estas conductas. Qué hay en el fondo de yo por qué hago ejercicio físico, cómo entiendo el ejercicio físico, con quién lo hago, qué beneficio me reporta a mí, cómo me alimento o con quién me alimento, cuándo, cómo, cómo entiendo la alimentación, qué me da. Y todo esto es una cadena de valores simbólica cultural que nos habla de por qué nos comportamos como nos estamos comportando. (...) escucha, escucha y escucha, saber cuáles son las percepciones que hay en el fondo”. #2

Para la realización de esta exploración comunitaria “a pie de campo”, resaltan la necesidad de tener en cuenta en su diseño que estos mismos determinantes de la salud que condicionan la obesidad también impondrán un sesgo sobre la autoselección de los ciudadanos para participar en esta exploración

“(...) la población vulnerable es la que cuesta más que participe porque no tienen tiempo ni tienen motivación ni tienen nada”. #7

SOBRE LA CATEGORIZACIÓN DE LA OBESIDAD: ¿FACTOR DE RIESGO O ENFERMEDAD?

Las etiquetas, en el caso de la obesidad, son muy relevantes. El “etiquetar” la obesidad como un factor de riesgo o como una enfermedad (siguiendo el enfoque actual de la OMS) tiene implicaciones muy relevantes en cuánto a quién, cómo y con qué financiación liderará esta crisis sanitaria. Y, también tiene implicaciones sobre la propia percepción del individuo sobre su responsabilidad en la prevención de la obesidad.

Los discursos del grupo son muestra de la discordancia que existe para clasificar la obesidad como enfermedad o como factor de riesgo.

La mayoría de los expertos son ambivalentes: sitúan la obesidad en un punto intermedio.

Por un lado, se percibe un valor estratégico en considerar la obesidad como una enfermedad para posicionarla como una prioridad y para facilitar la consideración de las personas con obesidad entre los profesionales sanitarios.

Además, se argumenta que podría darse mayor facilidad en el acceso a servicios y prestaciones de prevención y tratamiento que existen si esta adquiere esta categorización de “enfermedad”.

“Es la manera de visibilizar esto como algo importante, algo que condiciona nuestra vida, la del resto, que supone un coste brutal al sistema sanitario y tiene un coste brutal vital, porque mata a las personas también”. #4

“si tú no la consideras enfermedad pues igual el acceso a determinadas terapias o a determinados mecanismos preventivos, con implicación de los profesionales para prescribir, disminuye”. #5

Otras razones expuestas para considerarla como enfermedad son la complejidad y la cronicidad de la obesidad, que implican cambios a nivel metabólico que llevan a hablar de enfermedad (“cambio del estado normal de salud”).

“si tengo que inclinarme más, sería hacia es una enfermedad y yo lo diría por la complejidad y la cronicidad. (...) esa cronicidad de esa obesidad va a llevar a un cambio de, el famoso síndrome metabólico y todos los cambios metabólicos que te lleva a hablar de enfermedad”. #1

Por otra parte, esta calificación tiene contras, como la posible estigmatización de la obesidad y de las personas que la sufren.

“(...) es verdad que esa consideración de enfermedad (...) tiene que ser no estigmatizante”. #5

Esta consideración de “enfermedad” también presenta un riesgo de que, aunque las personas perciban la gravedad de la situación, evadan su responsabilidad individual de modificar comportamientos y orienten el foco a buscar tratamiento farmacológico como única solución.

“(...) al hecho de que la obesidad sea considerada una enfermedad le veo un peligro y es que, si es una enfermedad el paciente (...) pueda decir: «Bueno, pues si es una enfermedad, como el que tiene insuficiencia cardíaca u otra enfermedad, no está en mi mano modificarla con el comportamiento», sino que «que me den una pastilla». #8

De la misma manera, se alerta de que considerarla “enfermedad” puede desplazar el foco desde la salud pública hacia el sistema sanitario.

“(...) soy más favorable al modelo salutogénico de poner el foco en la salud, no tanto en la enfermedad. Poner el foco en qué puede hacer que nos haga tener más salud y menos obesidad, que no en categorizar la obesidad como una enfermedad”. #7

“El hecho de estigmatizarla o categorizarlo como enfermedad parece que pasamos la pelota al campo de la red asistencial y salud pública vuelve a tener menos recursos para abordar este problema, que es tan importante”. #7

En cualquier caso, una vez más se plantea la relevancia de plantear este debate a nivel comunitario, con el fin de conocer la percepción de la gente, lo que ello implica y cuáles son las necesidades que derivan de ello.

“Lo interesante es plantearlo a la sociedad, es decir, cómo lo interpreta la sociedad: si es una enfermedad, no es una enfermedad... y esto qué consecuencias tiene”. #2

“(...) existe esa diversidad de opiniones en la sociedad y sería interesante plantearla (la pregunta) a nivel sociedad y entender esa diversidad de narrativas que hay”. #2

SOBRE LAS SOLUCIONES DESDE UN ENFOQUE DE INNOVACIÓN SOCIAL PARA ABORDAR LA OBESIDAD

Uno de los principales acuerdos en los discursos es la necesidad de abordar el problema desde distintas medidas y ámbitos de actuación, creando “*un arsenal de iniciativas*”.

Los expertos en innovación social subrayan la importancia de iniciar iniciativas a varios niveles: “*desde las iniciativas comunitarias, iniciativas de pequeña y mediana empresa, iniciativas de mayor escala, medidas desde los servicios públicos, hasta las políticas de regulación*”.

“(…) es un tema altamente complejo (…) un problema multidimensional, multinivel y entonces, pues, bueno, hay que abordarlo como tal, atendiendo a esos múltiples niveles en los cuales están influyendo y requerirá una serie de estrategias también a múltiples niveles”. #6

“(…) participan muchas estructuras sociales, educativas, sanitarias, la publicidad, mil estructuras que hay que conocer. Entonces, nosotros entendemos que hay que darle una respuesta múltiple (...), y que esté conectada”. #2

“(…) una iniciativa estrella que vaya a solucionarnos todos los problemas no se da, no se da. Entonces, hay que plantear iniciativas a diferentes niveles, a diferentes escalas (...)”. #2

“(…) tenemos que utilizar todo tipo de herramientas, (...) herramientas políticas, herramientas de impuestos, herramientas... pues, bueno, de todo tipo”. #7

A este respecto, y ligado con el consenso sobre el impacto de los determinantes estructurales que afectan a la prevalencia de la obesidad, se explicita la fortaleza de trabajar desde un enfoque transversal de Salud en todas las políticas.

“(hablando sobre el enfoque de salud en todas las políticas) Yo lo considero fundamental, esta sería la primera propuesta. Porque yo creo que es tanto o más importante que la labor asistencial, por ejemplo, el reducir el abandono escolar temprano, el crear y fomentar empleo estable, el crear una red de seguridad económica con programas de lucha contra la pobreza”. #8

Aunque se reconozca el potencial de este enfoque, se muestra una preocupación sobre la dificultad de ponerlo en práctica, apuntando a la necesidad de que todas las partes se involucren. Los expertos mencionan experiencias previas de trabajo intersectorial que han fracasado, por la falta de objetivos y metas comunes. Respecto a esto último, se subraya el imperativo de un liderazgo fuerte y claro, para pensar en clave estratégica global, y no desde un punto de vista corporativista.

“Yo conozco de primera mano una iniciativa (...) de intentar juntar instituciones sectoriales tanto tema sanidad y educación, empresa tanto pública como privada, pero el problema estaba en ponerse de acuerdo en qué, cuál era la meta común, qué programa, qué intervención, qué recomendaciones íbamos a plantear y ahí es donde se quebró”. #6

“(hablando de) la falta de coordinación, (...) yo creo que sería auténticamente revolucionario pensar en temas de estrategia y no en clave corporativista (...) no ha salido este término, pero yo creo que es clave: hace falta liderazgo”. #8

También se menciona la relevancia de dar difusión tanto al problema como las iniciativas que se están implementando en los diferentes entornos y municipios, haciendo uso de los diferentes medios de comunicación y redes sociales, con el fin de hacer partícipes a todas las personas implicadas con la problemática.

“(...) para poder visibilizar todas esas intervenciones que se pueden plantear tenemos que utilizar campañas en medios de comunicación y en redes sociales, porque si no, (...) no sabemos de iniciativas, de intervenciones que se están realizando. Y tal vez si tú sabes que puedes participar en una iniciativa que se está haciendo a nivel municipal (...) de manera colectiva siempre sobrellevar algo es mucho más sencillo”. #4

En esta línea, se apunta a que la visibilización y socialización del problema no tiene que darse desde un punto de vista de enfermedad sino desde la concepción positiva de la salud, trabajando desde la posibilidad que ofrece la salud comunitaria y las iniciativas de promoción de la salud para mejorar la calidad de vida y salud de las personas.

También existe consenso sobre el rol fundamental de la formación a diferentes niveles. Primero, desde el sector sanitario se requiere formación profesional estructurada para incluir los hábitos saludables (actividad física, alimentación) en la promoción y tratamiento de la obesidad. Se remarca que, si bien la evidencia apoya la importancia de prescribir planes personalizados de actividad física, hoy no cuentan con herramientas y conocimientos suficientes para llevar a cabo este tipo de medidas desde la medicina de familia.

“(...) nosotros, los médicos de familia, pues necesitamos formación para que por lo menos esa pequeña intervención que podamos hacer, mínima que sea, sea efectiva y sea adaptada a la persona que tenemos ante nosotros. Y ahí estamos muy pez”. #4

Segundo, a nivel poblacional y en edades tempranas infantiles-juveniles, se remarca que no se destinan recursos para promover una educación sobre la alimentación saludable y educación física. Se destaca la importancia de actuar a edades tempranas, *“cuanto más temprana sea la intervención mejor”*.

En este sentido, se menciona que cualquier entorno podría ser obesogénico si hay una falta de formación, de ahí la importancia de los entornos escolares y la labor que se haga en ellos.

“Un centro puede ser obesogénico, cualquier centro puede ser obesogénico, (...) un centro escolar, un centro comercial, el chiringuito de la piscina, cualquier sitio. Algo lo hacemos obesogénico también nosotros desde el momento en que no formamos a nuestros hijos y creo que ese es un gap muy importante en los centros escolares. (...) estudian matemáticas, pero no estudian sobre el estilo de vida saludable”. #4

La “economía del *wellbeing*” o “economía del bienestar” que habla sobre la importancia de formar y empoderar a las personas en la toma de sus decisiones a lo largo del día, también es un término que se menciona para considerarlo, tanto a nivel diagnóstico como de actuación para abordar la obesidad.

Otra de las claves reiteradas por varias personas en la sesión hace referencia a la evaluación de las políticas e iniciativas que se ponen en marcha en cualquiera de los ámbitos para hacer frente a este problema. Esta evaluación debería considerar tanto evaluar el proceso, al igual que el resultado final, con el fin de extraer conclusiones durante el tiempo en que se está desarrollando la política y medida. Además, y desde la innovación social, partiendo de la idea de que será importante implementar iniciativas más seguras, testadas y con evidencia de que funcionan, pero también “arriesgar” y poner en marcha iniciativas que no tengan tanta evidencia, es fundamental la evaluación. La evaluación evolutiva permitiría además adaptar la iniciativa los resultados en el proceso de implementación con el fin de lograr la mayor eficiencia de la misma.

Sin embargo, ligado a la necesidad de evaluar los programas y acciones para el abordaje de la obesidad, se explicita la falta de información e investigación sobre aspectos concretos. Se destaca la necesidad de estudiar y conocer cuál es la situación en cuanto al nivel de actividad física, hábitos de alimentación, etc., los cuáles contribuirían a diseñar diversidad de iniciativas que permitan cubrir las necesidades de la población concretas, así como permitir hacer la evaluación de las políticas orientadas a incidir sobre los hábitos saludables.

La evidencia, además, se entiende como una herramienta de concienciación e influencia en el ámbito político y de toma de decisiones.

Con respecto a la evaluación, pero también la recogida de información, se subraya la importancia de incorporar la voz y percepción de las personas para entender los “cómos”, a la vez que dar una interpretación colectiva a los datos cuantitativos. Sobre esto, se comenta sobre algunas experiencias de éxito a nivel de Euskadi, las cuales están siendo implementadas desde los entornos e instituciones más cercanas a los ciudadanos, los ayuntamientos, para promover cambios que ayuden a abordar los problemas y necesidades de la gente. Estas experiencias combinan la participación con el fin de recoger información, empoderar y proponer medidas en el abordaje de la obesidad a nivel local.

“En los últimos años hemos puesto en marcha y hemos facilitado y acompañado a varios municipios en procesos participativos comunitarios orientados a empoderar a la ciudadanía y a tratar las necesidades identificadas por la comunidad a través de esas redes locales de salud”. #7

Estas experiencias vendrían a demostrar la oportunidad de aprovechar las competencias municipales y la salud pública en las estructuras municipales para potenciar actuaciones coordinadas entre diferentes áreas de actuación.

Igualmente, la participación ciudadana se presenta como un aspecto clave en el abordaje de la obesidad, en tanto en cuanto la generación de “procesos participativos serviría no para convencer de lo que hay que hacer, sino para escuchar y trabajar junto a ellos”.

Finalmente, otra de las medidas propuestas va en la línea de experimentar y probar nuevas formas de hacer, para salir de lo usual y de la inercia. La necesidad

incluso de arriesgar, y proponer proyectos que nos permitan responder a contradicciones que existen en la comunidad, que puedan fracasar y se pueda aprender de ellas se cree que es conveniente. La experimentación se concibe como forma de avanzar en buscar soluciones que permitan contribuir al abordaje de la obesidad. Experimentar y evaluar, paralelamente.

“(...) pues yo creo que toca experimentar y luego, que es la palabra que no ha salido hasta ahora, evaluar, evaluar. Hay que dar tiempo para que se genere evidencia y ver si funciona o no”. #8

“(...) hay que plantear iniciativas a diferentes niveles, a diferentes escalas en las que se pueda experimentar, podamos atrevernos en diferente grado”. #2

SOBRE INNOVACIONES TERAPÉUTICAS Y ORGANIZATIVAS EN SITUACIONES DE OBESIDAD

El grupo de expertos manifiesta la relevancia de innovar en prevención, con el objetivo de no tener que llegar a las unidades hospitalarias, y fomentando la atención al paciente con obesidad desde la “puerta de entrada” que es la atención primaria: *“hay que pasar de un paradigma reactivo a un enfoque preventivo”*. Este paradigma debe incluir una mirada amplia y visión global sobre el paciente, más allá de la tecnificación y especialización.

“(...) la organización de la asistencia tiene que ser con esa mentalidad ya más transversal y sobre todo con algo que quizás hemos perdido los últimos años con la hiperespecialización y la hipertecnificación, que es la visión global”. #5

También se apuesta por la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinar, con un manejo individualizado atendiendo a las características de cada persona. Este manejo global tendría consideración desde la atención comunitaria a la atención hospitalaria. A nivel sanitario se muestra la preocupación porque se carecen de programas estandarizados que ofrecer a las personas con esta problemática, por lo que haría falta poner recursos en este estadio de la atención sanitaria.

En segundo lugar, se comenta la necesidad de identificar y fomentar las unidades especializadas en obesidad a nivel hospitalario, pero transversales en especialistas: nutricionistas, especialistas del ejercicio, psicólogos, dietistas... Una de las formas para consolidar estas pasaría por acreditar estas unidades como unidades de referencia.

Aunque, antes de implementar estas unidades de referencia de obesidad, se habla de la necesidad de tener evidencia sobre su eficiencia. Por lo tanto, la generación de información sobre la eficiencia y coste eficiencia de las unidades hospitalarias especializadas se muestra como un primer paso a promover.

En tercer lugar, se hace hincapié en los esfuerzos que se puedan hacer para tratar que se entienda y considere un problema real. Esta visión del problema podría empujar a tomar medidas y ayudar a que se actúe con una estrategia global. Igualmente, se destaca el potencial del asociacionismo y concienciación de los pacientes, como herramienta para la presión social y política, a través de sus demandas de soluciones preventivas y de tratamiento justas.

7

HOJA DE RUTA HACIA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD EN EUSKADI

La obesidad es una epidemia en los países desarrollados. Su carga de enfermedad asociada disparará el gasto de atención sanitaria. Es muy importante evaluar que acciones desde la prevención, el diagnóstico precoz y las terapias medicamentosas y quirúrgicas tienen una ratio coste-efectividad incremental (ICER) más favorable, especialmente en los sistemas sanitarios de salud que son financiados con impuestos directos (en España el IRPF).

Abordar la crisis sanitaria (y económica) que constituye la obesidad requiere tener en cuenta por tanto su complejidad, no sólo por sus múltiples consecuencias, sino también por sus múltiples causas.

Este enfoque requiere políticas, estrategias y medidas regulatorias que traten el problema de la obesidad:

- A lo largo del trinomio “promoción – prevención – tratamiento”

- A nivel pediátrico (donde Euskadi ya ha avanzado con su plan SANO) y también adulto
- A nivel individual y comunitario / institucional

Es relevante remarcar que los esfuerzos en la prevención y abordaje no pueden centrarse solo en las personas (OMS, 2021), sino en abordar las causas raíz de la obesidad para la creación de entornos que hagan accesibles, equitativas y sostenibles las opciones saludables para todas las personas de forma sistémica (21,22). Siempre incorporando una perspectiva que incorpore las diferencias en vulnerabilidad por factores como las desigualdades de renta (*low income families*) o de género.

A partir de la revisión sistemática de la literatura y de la reflexión del grupo experto, se marcan ciertas pautas estratégicas sobre las que trabajar para abordar la obesidad de forma global (sin tratar de plantear una hoja de ruta exhaustiva).

En primer lugar, desde un punto de vista político, incorporar un enfoque de “Salud en Todas las Políticas” desde los gobiernos. Los múltiples factores que se entrecruzan para generar situaciones de obesidad requieren iniciativas (especialmente en el ámbito de la prevención) que actúen sobre el ecosistema de interacción entre persona, ambiente físico, ambiente social, ambiente económico y ambiente cultural. Es decir, que actúen sobre centros educativos, centros culturales y deportivos, Atención Primaria (27), entornos arquitectónicos de las ciudades... En este sentido, países como Finlandia han logrado reducir sus tasas de obesidad a partir del liderazgo a nivel local de los departamentos de salud y el trabajo intersectorial para actuar en los entornos escolares, ocio saludable y entorno urbano, entre otros (25,26). Mientras que Euskadi ya ha delineado líneas de trabajo que consideran este enfoque (plan SANO), asegurar su éxito sigue requiriendo definir claramente el liderazgo de estas políticas y marcar objetivos concretos medibles que alineen a todos los participantes.

En segundo lugar, desde un punto de vista estratégico, es necesario asignar recursos de forma sistemática al programa para prevenir y tratar la obesidad. El uso de la palabra “programa” no es casual: el abordaje requiere una batería de iniciativas, sí, pero priorizadas en base a efectividad y coste, con un

verdadero enfoque estratégico de “gestión de programa” (29). De tal forma que no se agoten recursos sin generar impacto evidente, sino que se optimicen los resultados en salud con un límite presupuestario. Ya en 2008, J. Oliva planteaba: “Las (...) 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 (...) es que los recursos que se inviertan en medidas ineficaces no permitirán financiar las que realmente mejorarían el bienestar social (...) la agenda investigadora en los ámbitos de la salud pública y la economía de la salud debe estar abierta a este reto” (32). Este reto sigue estando presente.

Por lo tanto, es imperativo:

- Conformar una batería inicial de iniciativas, abarcando desde las ya existentes en el plan SANO así como iniciativas con éxito probado en otros países comparables (US, UK, nórdicos) y nuevas iniciativas disruptivas en el ámbito hospitalario, como las unidades hospitalarias multidisciplinarias especializadas en obesidad, o en el ámbito urbanístico, con diseños de nuevos espacios urbanos que favorezcan hábitos más saludables.
- Evaluar la efectividad de diferentes intervenciones, sea a través de estudios piloto en el ámbito de la CAPV y/o extrapolación de resultados en otras comunidades o países; así como el impacto presupuestario. Obteniendo así medidas de coste-efectividad para priorizar las intervenciones. Y asegurando que la perspectiva social de diferencias en vulnerabilidad se continúa considerando.
- Finalizar el diseño de las iniciativas recolectando *input* de las propias comunidades donde se implementarán, asegurando una traslación correcta desde la investigación hasta la realidad del “pie de campo”.
- Evaluar de forma continua las iniciativas puestas en marcha para proponer mejoras y fomentar la participación en estas intervenciones, consiguiendo resultados a más largo plazo

Desde un punto de vista de gobernanza, este plan debe estar liderado conjuntamente por el SNS y las Comunidades Autónomas, en rol de estrategias y

garantes del cumplimiento de los objetivos; pero debe tener una caída clara y protocolizada hacia los entornos locales que deben implementar y *evaluar* en el terreno.

En tercer lugar, existe un enfoque regulatorio que hoy día sigue menos explorado en el ámbito de la obesidad. Mientras que en otros temas como el tabaquismo las regulaciones de 2005 y 2010 han ayudado significativamente a la reducción de muertes relacionadas (1500/año según un estudio de la Sociedad Española de Epidemiología) (33); no hemos avanzado tanto en el terreno de la obesidad. Si bien es cierto que recientemente la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición ha acometido reformas, entre ellas el dotar a la agencia de mayor músculo en el ámbito de la nutrición (34), todavía existe espacio de mejora (tanto de leyes que requieren un Real Decreto como de otros procedimientos). Por ejemplo, respecto al etiquetado (incluyendo la información provista en las grandes superficies y supermercados y en los negocios de restauración) o en los procedimientos de compras relacionadas a la calidad y composición nutricional de comedores escolares públicos.

Más allá de esta visión —política, gestión estratégica, regulación— hay otro área clave adicional a trabajar en la lucha contra la obesidad: la comunicación.

Por un lado, la visibilización del problema de salud, su dimensión e impacto. Sensibilizar a las personas con responsabilidad para iniciar estrategias de prevención y abordaje del problema es tan importante como entender cómo se percibe y se vive la obesidad en la sociedad. La potencialidad de abordar la generación de información, formación y concienciación del problema desde las lógicas participativas y de innovación social pueden contribuir a lograr diseñar estrategias más sostenibles y efectivas (30,31).

Y, por otro lado, y esto afecta profundamente a parte de las barreras que encontramos en Euskadi, es crítica la concienciación y formación en Atención Primaria (en los ámbitos educativos/familiares la CAPV ya tiene un plan robusto en marcha). Una vez traspasada la prevención a los ecosistemas comunitarios, esta será la primera línea de tratamiento. Se precisa un movimiento fuerte de difusión, con embajadores en Euskadi, para sensibilizar a nuestros profesionales de la Atención Primaria. Además de formar a los profesionales que atienden o cuidan a la población infantil y adulta con materiales divulgativos y

guías clínicas para la promoción de estilos de vida saludables que ayuden en la prevención de la obesidad (28).

En resumen, nos encontramos ante una epidemia de alta complejidad por la diversidad, y por lo estructural, de sus causas raíz, que requiere un compromiso, coordinación y creatividad por parte de todos los actores implicados, incluyendo las propias comunidades.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen; 2022.
2. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ [Internet]. 2000;320(7244):1240. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/320/7244/1240>
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease [Internet]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/gbd>
4. Bentham J, Di Cesare M, Bilano V, Bixby H, Zhou B, Stevens GA, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2017;390(10113):2627–42.
5. Reilly J, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. Int J Obes. 2011;35:891–898.

6. Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E, et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *N Engl J Med*. 2018;379(14):1303–12.
7. World Health Organization. Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
8. Popkin BM, Doak CM. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Nutr Rev*. 1998 Apr;56(4 Pt 1):106–14.
9. Gavela-Pérez T, Parra-Rodríguez A, Vales-Villamarín C, Pérez-Segura P, Mejorado-Molano FJ, Garcés C, et al. Relación de los hábitos alimentarios, los patrones de sueño y el grado de actividad física con el grado de obesidad en niños y adolescentes. *Endocrinol Diabetes y Nutr [Internet]*. 2005;24(6). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-avance-resumen-relacion-habitos-alimentarios-patrones-sueno-S2530016422001550>
10. Urbano Arcos J, Beltrán Gómez E. Relación entre la obesidad infantil y el tiempo de exposición a pantallas electrónicas. *Medicina (B Aires)*. 2020;42(3):394–402.
11. Escobar C, González Guerra E, Velasco-Ramos M, Salgado-Delgado R, Angeles-Castellanos M. La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad. *Rev Mex Transtornos Aliment*. 2013;4.
12. Chavez-Ugalde Y, Jago R, Toumpakari Z, Egan M, Cummins S, White M, et al. Conceptualizing the commercial determinants of dietary behaviors associated with obesity: A systematic review using principles from critical interpretative synthesis. *Obes Sci Pract*. 2021 Aug;7(4):473–86.
13. Nestle M. Preventing Obesity-It Is Time for Multiple Policy Strategies. *JAMA Intern Med*. 2022 Sep;182(9):973–4.
14. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Obesidad y Pobreza Infantil: Radiografía de una doble desigualdad. Estudio del rol de los factores socioeconómicos en la obesidad de los escolares en España. Informe breve. Madrid; 2022.

15. World Health Organization. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. 2004. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43037/924359222X_spa.pdf
16. Directorate-General for Health and Food Safety. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 [Internet]. 2014. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/publications/eu-action-plan-childhood-obesity-2014-2020_en
17. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) [Internet]. 2005. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
18. AECOSAN. Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/DOSIER_PLAN_2020.pdf
19. Gobierno de España. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.comision-adopobrezainfantil.gob.es/es/resumen-ejecutivo-plan-estrategico-nacional-para-la-reduccion-de-la-obesidad-infantil>
20. Adicciones D de SP y. Estrategia de prevención de la obesidad infantil en Euskadi [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_obesidad_infantil/es_def/adjuntos/Estrategia-Prevencion-Obesidad-Infantil-Euskadi.pdf
21. World obesity. The Roots of Obesity [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/the-roots-of-obesity>
22. Lee BY, Bartsch SM, Mui Y, Haidari LA, Spiker ML, Gittelsohn J. A systems approach to obesity. *Nutr Rev.* 2017 Jan;75(suppl 1):94–106.
23. Fernández S. L'obesitat i l'entorn urbà. EspaiS@lut [Internet]. 2018; Disponible en: <https://www.diba.cat/es/web/salutpublica/butlletins/-/newsletter/35521038/78/207999122/l-obesitat-i-l-entorn-urba>

24. Verduci E, Di Profio E, Fiore G, Zuccotti G. Integrated Approaches to Combatting Childhood Obesity. *Ann Nutr Metab* [Internet]. 2022 Jun 9;78 (Suppl. 2):8–19. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000524962>
25. WHO. Finland curbs childhood obesity by integrating health in all policies [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/finland-curbs-childhood-obesity-by-integrating-health-in-all-policies#:~:text=Recreation implemented more physical activity,parent education on healthy eating>.
26. Laitinen AL, Antikainen A, Mikkonen S, Kähkönen K, Talvia S, Varjonen S, et al. The “Tasty School” model is feasible for food education in primary schools. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc*. 2023 Feb;36(1):75–85.
27. Government OA. Reducing the prevalence of childhood obesity in Finland [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.openaccessgovernment.org/reducing-prevalence-childhood-obesity-finland/34484/>
28. Antonio Valtueña J. El reto de la obesidad. Estrategias de respuesta. *Offarm* [Internet]. 2008;27(8):33–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-el-reto-obesidad-estrategias-respuesta-13126065>
29. Yáñez Cifuentes MT. Principales usos de la evaluación de políticas públicas y programas. Una mirada desde expertos para fomentar su utilización. *Rev Estud Educ publicos*. 2022;8(1):27–42.
30. Cuervo-Amore LG, Blas MM. Social innovations for health. Vol. 42, *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud*. Colombia; 2022. p. 422–8.
31. Nuño-Solinís R. Innovación social y organizativa ante el reto de la atención integrada a la cronicidad. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2014;24(1):18–22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-innovacion-social-organizativa-ante-el-S1130862113001320>
32. Oliva J, González L, Labeaga JM, Álvarez Dardet C. Salud pública, economía y obesidad: el bueno, el feo y el malo. *Gac Sanit*. 2008; 22(6). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600001

33. Sociedad Española de Epidemiología (SEE). La ley antitabaco evita 1.500 muertes cada año en España [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.seepidemiologia.es/descargas/prensa/cope110210.pdf>
34. AESAN. Publicación del Real Decreto 697/2022, de 23 de agosto, por el que se aprueba el estatuto del Organismo Autónomo Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2022/Real_Decreto_697_2022.htm
35. OCDE. The heavy burden of obesity: The Economics of Prevention. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>.
36. Ministerio de Sanidad. Tablas "Índice de masa corporal población adulta" e "Índice de masa corporal población infantil" de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/encuestaResDetall2017.htm>
37. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Indicadores de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV) [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion-encuesta-salud-2018-tablas-de-resultados/web01-a3osag17/es/>
38. Instituto Nacional de Estadística. Resultados "Determinantes de la Salud" de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) [Internet]. 2020. Disponible aquí: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175
39. AESAN. Estudio Aladino [Internet]. 2019. Disponible aquí: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2019.htm
40. Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno de Euskadi. Estrategia de prevención de la obesidad infantil en Euskadi (plan SANO) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/estrategia/prevencion-de-la-obesidad-infantil-en-euskadi/web01-a2osabiz/es/>

Con la colaboración de:

