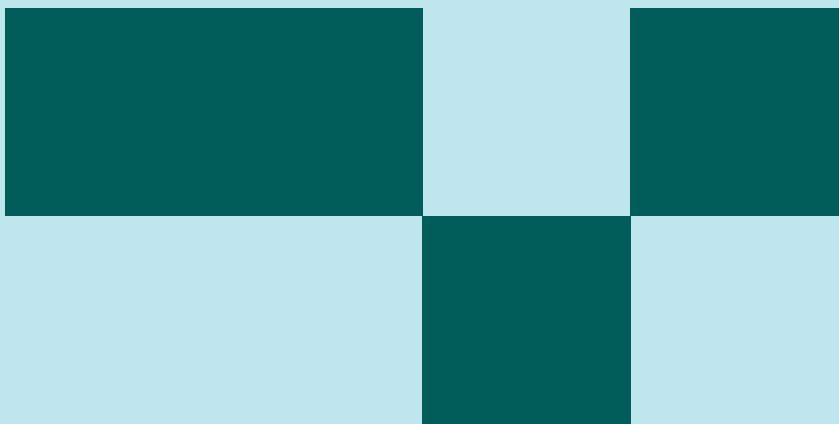


El Desigual Peso de la Obesidad: el Impacto de los Determinantes Sociales de la Salud



EL DESIGUAL PESO DE LA OBESIDAD:

EL IMPACTO DE LOS
DETERMINANTES SOCIALES
DE LA SALUD

EL DESIGUAL PESO DE LA OBESIDAD:

EL IMPACTO DE LOS
DETERMINANTES SOCIALES
DE LA SALUD

Lilly

A MEDICINE COMPANY



Fundación

Gaspar Casal

**El Desigual Peso de la Obesidad: el Impacto
de los Determinantes Sociales de la Salud**

Lilly

Fundación Gaspar Casal

ISBN: 978-84-7360-982-1

Materias: Política sanitaria, Gestión sanitaria, Economía de la salud, Regulación.

Formato: 170 × 240 mm

Páginas: 82

© 2025 Fundación Gaspar Casal

fundaciongasparcasal.org

C/ General Díaz Porlier 78, 8A

28006 Madrid

Con la colaboración de:



Con el aval de:



Edita: Libroacadémico, S.L.

Tel.: 91 550 02 60

info@libroacademico.com

www.libroacademico.com

Este contenido tiene carácter informativo y divulgativo. Ante cualquier duda, consulte con su profesional sanitario.

ÍNDICE

Prólogo.....	13
Resumen ejecutivo	17
1. Introducción.....	21
2. Metodología	25
3. Contexto epidemiológico.....	27
1. Epidemiología y tendencias temporales.....	27
2. Marco teórico: determinantes sociales de la salud y de la obesidad	29
4. Los Determinantes sociales de la obesidad	31
1. Determinantes estructurales	31
2. Determinantes de contexto.....	35
3. Abordaje Nacional de la obesidad.....	37
4. Planes autonómicos.....	41
5. Contexto Internacional.....	50
5.1. Reino Unido	53
5.2. Noruega.....	53
5.3. Finlandia	54
5.4. Francia.....	54

5.5. Alemania.....	55
5.6. Italia.....	55
5.7. Suecia.....	56
5.8. Estados Unidos.....	56
5.9. Emiratos Árabes.....	57
5. Resultados.....	59
1. Principales hallazgos de la Revisión	59
2. Análisis del Discurso del Grupo focal: la Hoja de Ruta para acabar con las desigualdades de la obesidad	62
3. Hoja de Ruta para acabar con las desigualdades de la obesidad	63
4. Implicaciones para las políticas públicas	65
5. Áreas clave para futuras investigaciones.....	66
6. Limitaciones	68
7. Contribución principal de este informe	69
Epílogo	71
Bibliografía.....	73

EQUIPO DE TRABAJO

María Errea

Investigadora Principal. Fundación Gaspar Casal

Alicia del Llano

Fundación Gaspar Casal

Marta Pérez

Fundación Gaspar Casal

MIEMBROS DEL *FOCUS GROUP*

La sesión con el Focus Group tuvo lugar el 22 de abril de 2025,
con una duración de tres horas.

José Ramón Banegas (Moderador)

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Facultad
de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid

Paula Berruezo Torres Gómez de Cádiz

Coordinadora Técnica de Investigación y Programas de la Fundación Gasol

Jorge del Diego

Exdirector General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
de la Junta de Andalucía. Asesor en el Ministerio de Sanidad

José Manuel Fernández García

Coordinador del Grupo de Trabajo de Nutrición de la Sociedad Española
de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Nuria Gayán

Directora General de Salud Pública del Gobierno de Aragón

Ana María López-Santacruz

Directora Ejecutiva de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)

Gema Medina Gómez

Vicepresidenta de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)

Federico Luis Moya

Presidente de la Asociación Nacional de Personas que viven con Obesidad (ANPO). Vicepresidente de la *European Coalition for People living with Obesity* (ECPO)

Tamara Peiró

Responsable del Área Asistencial de la Dirección de Servicios Farmacéuticos. Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Jose Enrique Pérez-Ardá

Economista del Estado. Miembro del Cuerpo Superior de Técnicos Comerciales y Economistas del Estado

Francisco Javier Salvador

Miembro del Comité Asesor del Área de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

María Terol

Subdirectora Adjunta de la Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad

PRÓLOGO

La obesidad constituye hoy en día uno de los mayores desafíos de salud pública en España y en el mundo. Se trata de una enfermedad crónica y multifactorial, en la que convergen aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos, lo que la convierte en un problema de extraordinaria complejidad. Su impacto no se limita a la esfera individual: afecta al bienestar social, a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y al desarrollo económico, y se relaciona estrechamente con la aparición de múltiples enfermedades crónicas.

Reducirla no es una cuestión de fuerza de voluntad individual: detrás existen condicionantes profundos que marcan la diferencia entre tener una vida saludable o no. Estos son los llamados “determinantes sociales de la salud” (DSS). El nivel socioeconómico, la educación, las condiciones laborales, la vivienda, la accesibilidad a una alimentación saludable, los hábitos de vida y las desigualdades en salud interactúan y generan un terreno propicio para el aumento de la obesidad. A esto se suman factores más invisibles, como la presión de los estereotipos, la estigmatización, las desigualdades de género y clase social o el impacto en la salud mental, que alimentan un círculo difícil de romper y limitan las posibilidades reales de prevención y tratamiento. En definitiva, la obesidad es un reflejo de nuestras desigualdades y de cómo nuestra sociedad gestiona la salud.

Desde la Fundación Gaspar Casal, llevamos años comprometidos con dar visibilidad a la obesidad y tratarla como lo que es: una enfermedad que debe ser abordada desde una perspectiva integral, poniendo especial énfasis en superar desigualdades y garantizar el acceso equitativo a la salud. Así, en 2019 elaboramos el libro blanco *“La Obesidad en España y sus Consecuencias”*, primer libro blanco sobre obesidad, que sentó las bases para entender la magnitud y complejidad del problema en nuestro país, ofreciendo por primera vez una hoja de ruta rigurosa e intersectorial para su abordaje. Desde entonces, la obesidad se ha consolidado como una línea de investigación prioritaria para la Fundación, sobre la que hemos continuado trabajando de forma sistemática. En 2023 publicamos el informe *“Una mirada interdisciplinar a la obesidad en Euskadi”*, en el que asociamos esta epidemia de alta complejidad a factores como el nivel socioeconómico, la educación y el entorno urbanístico y en el que contribuimos a situar la obesidad como una prioridad estratégica en la Comunidad Autónoma. Este enfoque multifactorial lo hemos reforzado con herramientas como nuestro *Mapa de Salud con Perspectiva*, una plataforma que pone indicadores de salud al servicio de la sociedad, facilitando la identificación de brechas y la planificación de intervenciones basadas en evidencia. Estas iniciativas reflejan nuestra apuesta constante por una aproximación estructural, informada y comprometida con la equidad.

Este nuevo informe examina el contexto español, tanto a nivel nacional como autonómico, en relación con la obesidad y sus determinantes sociales. A través de una revisión del panorama actual y de una reunión con expertos, se exploran las diferencias entre regiones y las políticas implementadas para abordar esta problemática. Además, se ofrece una comparativa internacional que permite identificar buenas prácticas y estrategias eficaces adoptadas en otros países, con el objetivo de extraer aprendizajes y mejorar la respuesta en España. Ante todo, el informe tiene la utilidad de proponer una hoja de ruta con acciones concretas: medidas estructurales y políticas, fortalecimiento del sistema de salud mediante atención multidisciplinar y salud comunitaria, programas de educación y comunicación, creación de entornos saludables y el impulso de innovación, investigación y tecnología para mejorar la prevención, el tratamiento y la evaluación de políticas efectivas. Su propósito, como documento pionero en abordar la obesidad desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, es servir de faro para el análisis y reflexión para responsables políticos,

profesionales sanitarios, gestores sanitarios, asociaciones de pacientes, tercer sector, y la sociedad en su conjunto.

Porque, como sociedad, estamos avanzando en la mirada que dirigimos a la obesidad. Este libro es un reflejo de ello, y también una prueba de nuestro compromiso con esta patología en la que llevamos una década trabajando. Con este esfuerzo asumimos la responsabilidad de abrir mentes y espacios de diálogo, de poner sobre la mesa realidades que a menudo se invisibilizan y de contribuir a la construcción de un futuro más justo, en el que la salud, entendida en su dimensión física, mental y social, sea un derecho efectivo para todas las personas.

Ahora bien, los datos son contundentes: según *The Lancet* (2023) una de cada tres muertes en el mundo se relaciona con cuatro grandes industrias, una de ellas la alimentaria. Esto nos recuerda que la obesidad y muchos problemas de salud no dependen únicamente de las decisiones individuales: factores externos como los Determinantes Sociales de la Salud, y también los llamados Determinantes Comerciales de la Salud, (intereses que influyen en políticas, hábitos y entornos), tienen un papel decisivo. Esto exige entender la salud como un todo y que la salud no sea relegada solo a lo sanitario, sino como un factor a tener en cuenta en todas las decisiones y políticas.

Queda mucho trabajo por hacer, pero como parte activa y legitimada de la sociedad civil, seguiremos pedaleando. Cada día trabajamos para que la salud se convierta en una realidad accesible para todos, sin dejar a nadie atrás. Porque abordarla con equidad exige compromiso, valentía, educación y la transformación de los entornos donde vivimos, trabajamos y nos relacionamos. Solo así podremos avanzar hacia una sociedad más justa. Este libro no es un punto final, sino un punto de partida: el de hacer de la salud un derecho sin barreras ni desigualdades.

Fundación Gaspar Casal, septiembre 2025

RESUMEN EJECUTIVO

La obesidad se ha consolidado como uno de los mayores retos de salud pública en España y constituye una de las principales causas de morbilidad, mortalidad y gasto sanitario. En la población adulta, la prevalencia del exceso de peso continúa siendo alarmante: el 37 % presenta sobrepeso y el 19 % obesidad. En cuanto a la población infantil, el porcentaje de niños y niñas con exceso de peso es del 40,6 %, una cifra que, pese a leves descensos registrados en la última década, mantiene a España entre los países europeos con mayor prevalencia.

Estas cifras no se distribuyen de manera uniforme, sino que reflejan profundas desigualdades territoriales y socioeconómicas. Las tasas son significativamente más elevadas en comunidades con menor nivel de renta (como Andalucía, Extremadura o Canarias) y entre los grupos con bajo nivel educativo. Esto confirma que, más allá de los factores biológicos, la obesidad es un reflejo estructural de las inequidades sociales, económicas y de género, y sólo puede abordarse mediante una respuesta sistémica e intersectorial.

El propósito de este informe es analizar la obesidad desde una perspectiva social, económica y de salud pública, con el fin de comprender cómo los determinantes sociales de la salud (DSS) condicionan su aparición y distribución en la población española al configurar entornos obesogénicos que limitan la

capacidad real de las personas para tomar decisiones saludables. Su objetivo principal es identificar los factores estructurales que perpetúan las desigualdades en obesidad, aportar evidencia científica sobre su impacto sanitario y económico, y formular una Hoja de Ruta de políticas públicas que permita avanzar hacia un modelo de prevención más justo, equitativo y eficaz.

A partir de una revisión de la literatura nacional e internacional y de un grupo focal con expertos multidisciplinarios, el informe ofrece un diagnóstico claro sobre cómo los DSS configuran los entornos obesogénicos, así como una serie de recomendaciones orientadas a la acción para impulsar una estrategia nacional de salud pública preventiva y basada en la evidencia.

El análisis de experiencias internacionales demuestra que los países que han logrado reducir la obesidad lo han hecho a través de estrategias integrales, intersectoriales y sostenidas en el tiempo, que combinan medidas fiscales, regulatorias, educativas y comunitarias. Reino Unido y Francia destacan por políticas como el impuesto a las bebidas azucaradas, la regulación de la publicidad infantil y el etiquetado Nutri-Score, mientras que Finlandia y los países nórdicos han aplicado enfoques de “Salud en Todas las Políticas” que integran salud, educación y urbanismo, logrando descensos significativos en obesidad infantil. En Estados Unidos, el énfasis se ha puesto en ampliar el acceso a tratamientos y programas alimentarios para poblaciones vulnerables. En conjunto, estas experiencias confirman que la lucha contra la obesidad exige actuar sobre sus determinantes estructurales, más allá de los comportamientos individuales, integrando políticas sanitarias, educativas, sociales y económicas que promuevan entornos saludables y equitativos.

La Hoja de Ruta propuesta en este informe plantea una respuesta integral orientada a reducir las desigualdades sociales y territoriales que alimentan la obesidad. Propone reconocerla como una enfermedad crónica, incorporar la equidad y la perspectiva de género en todas las políticas de salud, reforzar la atención primaria y comunitaria, y adoptar medidas estructurales como impuestos a bebidas azucaradas, subsidios a alimentos saludables y regulación del marketing infantil. Además, impulsa el rediseño de entornos urbanos y escolares, la creación de un Observatorio Nacional de Obesidad, la lucha contra el estigma y la colaboración intersectorial bajo el principio de “Salud en Todas las Políticas”. El objetivo es transformar los entornos obesogénicos en

entornos saludables, situando la salud y la equidad en el centro de la acción pública y consolidando un compromiso político sostenido con la justicia social y la prevención.

1

INTRODUCCIÓN

La obesidad ha emergido como un importante problema de salud pública, con implicaciones no solo para la salud individual, sino también para el sistema de salud y la economía de un país. En España, la obesidad afecta a una proporción significativa de la población, especialmente en ciertos grupos socioeconómicos y regiones. Las desigualdades sociales y económicas en la prevalencia de la obesidad son de interés creciente, pues la obesidad tiende a asociarse con factores como el nivel educativo, el entorno social y la disponibilidad de recursos (Aranceta Bartrina & Pérez Rodrigo, 2018; Hernández-Yumar et al., 2019).

La Federación Mundial de Obesidad define la obesidad como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, enfatizando su naturaleza compleja y multifactorial, ya que requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico personalizado, considerando múltiples factores más allá del peso corporal (Bray et al., 2017).

Tradicionalmente, la obesidad se ha clasificado utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso, en kilogramos, por la altura, en metros al cuadrado (kg/m^2). La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 1996) adaptó la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableciendo las siguientes categorías: peso normal (IMC de 18,5 a 24,9), sobrepeso (IMC de 25 a 29,9), obesidad clase I (IMC de 30 a 34,9), obesidad clase II (IMC de 35 a 39,9), obesidad clase III (IMC

igual o superior a 40). En el último año, esta clasificación ha sido revisada y actualmente está siendo debatida a nivel público, científico y político (Rubino et al., 2025).

Sin embargo, esta propuesta busca una evaluación más integral, incorporando mediciones directas de la grasa corporal y parámetros como el perímetro de la cintura, el parámetro antropométrico más usado, además del IMC (Busetto et al., 2024).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) juegan un papel crucial en la comprensión y abordaje de la obesidad, ya que influyen directamente en los hábitos de vida, el acceso a alimentos saludables y las oportunidades para realizar actividad física. Factores como el nivel educativo, el nivel de renta, el empleo y las condiciones laborales, y la coexistencia de otros problemas de salud, entre otros muchos factores, afectan las posibilidades de adoptar un estilo de vida saludable (Baez et al., 2023). Además, el entorno cultural y social puede promover hábitos alimenticios poco saludables o dificultar la conciencia sobre los riesgos asociados al sobrepeso.

En España, las desigualdades en salud no han constituido una prioridad en la política sanitaria (Ruiz Álvarez et al., 2022). A pesar de ello, sí se han llevado a cabo estudios importantes relacionados con estas desigualdades (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012; Hernández-Aguado et al., 2012). Además, desde 2011 se dispone en España de la Ley General de Salud Pública 33/2011, la cual recoge entre sus principios rectores de acción en Salud Pública el principio de equidad, es decir, la incorporación de acciones sobre condicionantes sociales y políticos, planes y programas que promuevan la disminución de las desigualdades sociales en salud.

Reconocer y abordar estas desigualdades es esencial para diseñar políticas públicas efectivas que promuevan la equidad en la salud y reduzcan la prevalencia de la obesidad (Urtaran-Laresgoiti et al., 2023). Hace falta profundizar en el conocimiento de los DSS de la obesidad para plantear una Hoja de Ruta factible y accionable en España que permita reducir su prevalencia, abordar las desigualdades existentes y minorar su impacto sanitario, económico y social. Tanto en España como a nivel mundial, la obesidad es una preocupación

creciente debido a su impacto en la salud pública y el bienestar social. Estudios han demostrado que un IMC elevado incrementa el riesgo de mortalidad por diversas causas, especialmente las de origen cardiovascular (Bryce-Moncloa et al., 2017). Hay más de 200 enfermedades que han demostrado aparecer como complicaciones asociadas a la obesidad (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), 2024).

Según datos de 2016, en España había aproximadamente 23,5 millones de adultos con exceso de peso, de los cuales algo más de 8 millones serían casos de obesidad (Hernández et al., 2019). Del sobrecoste médico directo de 1.950 millones de euros anuales estimado para exceso de peso (equivalente al 2 % del presupuesto sanitario de ese año, 2016), el 58 % (1.131 millones de euros) es debido fundamentalmente a la gestión de las complicaciones médicas y sanitarias de la obesidad (Hernández et al., 2019).

Aunque el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo significativos, la relación entre el IMC y la mortalidad puede variar según la población y otros factores de salud (como la coexistencia de otras enfermedades crónicas o altamente incapacitantes) (Gámez-López et al., 2011). Por lo tanto, es esencial abordar el exceso de peso mediante estrategias de prevención y tratamiento teniendo siempre en cuenta las características específicas de cada individuo y comunidad.

Abordar los determinantes sociales de la obesidad es fundamental para entender esta enfermedad como un fenómeno complejo influenciado por factores más allá del control individual, incluyendo el entorno, la economía y la cultura. Estos determinantes impactan en los comportamientos relacionados con la alimentación y la actividad física, así como el acceso a servicios de salud. Y es que la obesidad es más prevalente en grupos socioeconómicos desfavorecidos (Drewnowski & Specter, 2004) debido a diversos factores, algunos de ellos estructurales, como el acceso limitado a servicios de salud, o las condiciones socioeconómicas; otros contextuales, como menor acceso a alimentos saludables, las condiciones laborales o los trastornos de la conducta alimentaria.

El objetivo de este informe es ser pionero en identificar cuáles son los DSS que condicionan la obesidad. A través de la elaboración de una Hoja de Ruta

se ofrecen recomendaciones que permitirán convertir el deseo en realidad y contribuirán al fortalecimiento de un sistema nacional de salud que es capaz de hacer frente a una pandemia global como la obesidad con muchos trasfondos sociales, económicos y sanitarios.

2

METODOLOGÍA

Este informe combina una metodología mixta, complementando la **revisión narrativa de literatura** clave, resultado de la revisión de bases de datos actuales (publicaciones mayoritariamente de los últimos 10 años) académicas, informes gubernamentales y literatura gris (tesis doctorales, actas de congresos, documentos de trabajo e informes técnicos), con el fin de obtener conclusiones robustas sobre la relación entre los DSS y la obesidad, tanto en España como a nivel internacional, para el abordaje integral de la obesidad; con la ejecución de un **grupo focal**, con el fin de recoger la opinión de expertos en relación con este tema.

Con esta metodología se redacta, finalmente, una **Hoja de ruta** con las líneas de actuación identificadas actuando como una propuesta de recomendaciones para reducir las desigualdades (sociales, económicas, y de salud), asociadas a la obesidad.

3

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

1. EPIDEMIOLOGÍA Y TENDENCIAS TEMPORALES

Según el informe más reciente de la Federación Mundial de la Obesidad, publicado en marzo de 2024, la prevalencia global de la obesidad ha alcanzado niveles alarmantes. En 2020 más de 800 millones de adultos vivían con obesidad. Para 2025 los estimadores globales apuntan a 1.520 millones de adultos, y 1.770 millones para 2035, lo que equivale a decir que aproximadamente una de cada ocho personas adultas tendrá obesidad (*World Obesity Federation*, 2024).

La prevalencia de la obesidad en las distintas regiones de España varía significativamente (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo) & Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III), 2023). Además, existen desigualdades territoriales en el acceso a recursos para la prevención y tratamiento de la obesidad. En las comunidades autónomas con mayor nivel socioeconómico, como por ejemplo Madrid y País Vasco, las tasas de obesidad son relativamente más bajas y el acceso a recursos preventivos y atención sanitaria más elevado que en regiones con menor nivel socioeconómico como Extremadura o Andalucía (Gallego et al., 2024). Estas desigualdades también están marcadas por factores educativos y de acceso a servicios de salud.

Desde 1990, a nivel mundial, la obesidad se ha duplicado con creces entre los adultos y se ha cuadruplicado entre los niños y adolescentes de 5 a 19 años. En España, la situación es igualmente preocupante. Según el estudio ENE-COVID, de base poblacional llevado a cabo en España, el 37,1 % de la población adulta (siendo la prevalencia de hombres vs. mujeres del 44,3 % y 30,4 %, respectivamente) presentaba sobrepeso y el 18,7 % obesidad (siendo las prevalencias de 19,3 % en hombres vs. 18,0 % en mujeres) (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo) & Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III), 2023). Estas cifras sitúan a España por encima de la media europea en términos de prevalencia de obesidad, subrayando la necesidad de implementar políticas de salud pública efectivas para abordar esta creciente epidemia.

Además, existen diferencias entre hombres y mujeres en el desarrollo de la obesidad, en la respuesta a los tratamientos y en los patrones de adherencia (Kapoor et al., 2019). En las mujeres, factores como la menopausia, el embarazo y el tratamiento oncológico (por ejemplo, en casos de cáncer de mama) influyen de forma directa en la acumulación de grasa visceral y el aumento de peso. Durante la menopausia, por ejemplo, el cambio hormonal favorece la redistribución de la grasa hacia el área abdominal, lo que se asocia a mayor riesgo metabólico, incluso en mujeres con normopeso (lo que se conoce como “obesidad central con peso normal”) (Kapoor et al., 2019). En cuanto a la adherencia, las mujeres tienden a experimentar más obstáculos psicológicos y sociales, como el estigma corporal y las expectativas sociales, lo que puede reducir su participación en programas clínicos si no están adaptados a su realidad emocional y social. Por todo ello, los enfoques de tratamiento deben ser sensibles al género, considerando las etapas de la vida de la mujer, los determinantes psicosociales, y facilitando intervenciones específicas que promuevan la adherencia y efectividad a largo plazo.

A nivel mundial, de los 41 millones de muertes de adultos que se producen cada año a causa de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), 5 millones se deben a un IMC elevado ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$). Casi 4 millones de estas muertes se deben únicamente a diabetes, accidentes cerebrovasculares, enfermedades coronarias y cáncer (Jin et al., 2023; Malik et al., 2024), complicaciones comúnmente asociadas a la obesidad o a un IMC elevado. Un IMC elevado es responsable de la pérdida de más de 120 millones de años-persona adultos

a causa de estas cuatro ENT principales cada año (*World Obesity Federation*, 2024).

2. MARCO TEÓRICO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE LA OBESIDAD

Varios factores sociales y económicos influyen en la prevalencia de la obesidad en España. La población infantil de familias y entornos con menor **nivel educativo o ingresos más bajos** tienen mayor probabilidad de desarrollar obesidad (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo) & Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil (Presidencia de Gobierno), 2022; Carmona-Rosado & Zapata-Moya, 2022). En la población adulta, la prevalencia de obesidad se reduce con los niveles más elevados de renta y educación (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo) & Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III), 2023). Las condiciones de vida, como el acceso a alimentos saludables y la disponibilidad de espacios para hacer ejercicio, también juegan un papel crucial (Cereijo et al., 2022; Martínez-Vizcaíno et al., 2024). Existe diferencia **por sexo** en las tasas de obesidad, con una mayor prevalencia de riesgo cardiovascular, asociada a obesidad, para las mujeres, a pesar de ser menor la prevalencia de obesidad en comparación con los hombres (17 % vs 19,3 %) (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo) & Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III), 2023). La diferencia, además, se acentúa para los grupos de clases sociales más bajas (Gullón et al., 2022). La obesidad, ha demostrado una fuerte correlación con el **nivel socioeconómico** en España (Rodríguez-Caro et al., 2016).

Los determinantes sociales de la obesidad incluyen factores como **el acceso a servicios de salud, las políticas públicas** y el **entorno social** en el que viven las personas. La pobreza y el bajo nivel educativo son factores clave que perpetúan las desigualdades en la obesidad (Goñi-Sarriés et al., 2024; Rodríguez-Alvarez et al., 2018). Además, las desigualdades en la obesidad se amplifican en el contexto de crisis económicas (Hernández-Yumar et al., 2019).

El marco teórico que contempla actualmente los determinantes sociales de la salud (DSS) está basado en modelos propuestos por organismos como la OMs

y la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Uno de los enfoques más influyentes es el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991), que representa los DSS en niveles interrelacionados, desde los factores individuales hasta las condiciones estructurales de la sociedad. En el modelo de Dahlgren y Whitehead, los determinantes sociales de la salud son factores que se encuentran fuera del control directo de los individuos, pero que tienen un gran impacto en su bienestar físico y mental. Estos determinantes pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- **Determinantes estructurales:** Se refieren a las condiciones sociales, económicas y políticas en las que se encuentra un individuo, y que son en gran parte determinadas por las políticas gubernamentales y las estructuras de poder en la sociedad.
- **Determinantes contextuales:** Se refieren a las condiciones más inmediatas del entorno de vida del individuo, tales como las características del entorno en el que vive, la accesibilidad a servicios de salud, las condiciones de trabajo, la calidad de la vivienda y la exposición a factores ambientales.

En este modelo, la obesidad se puede ver como resultado de la interacción entre los factores individuales y los determinantes sociales que influyen en el comportamiento y las condiciones de vida de las personas. Desde el enfoque de Dahlgren y Whitehead, no basta con promover cambios en el estilo de vida a nivel personal, sino que es necesario modificar el entorno social y económico para facilitar decisiones saludables. Esto implica un enfoque integral, políticas públicas, educación nutricional, regulación del mercado alimentario, ejercicio físico, y mejor acceso a entornos saludables.

4

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA OBESIDAD

1. DETERMINANTES ESTRUCTURALES

Los determinantes estructurales se refieren a las condiciones socioeconómicas y políticas que influyen en las oportunidades y recursos disponibles para los individuos.

Entre los **determinantes estructurales** asociados con la obesidad, reconocidos por la literatura, se han identificado:

- **El nivel socioeconómico:** La obesidad está asociada con un menor nivel educativo y una menor capacidad económica, lo que limita el acceso a una dieta saludable (Rodríguez-Caro et al., 2016). Las personas que viven en condiciones de pobreza o que tienen un nivel educativo bajo tienen menos acceso a alimentos saludables y a servicios de salud. Esto puede llevar a una mayor prevalencia de la obesidad. La pobreza infantil y familiar está directamente vinculada a mayores tasas de obesidad. Más allá del nivel de renta, la inseguridad en la vivienda, el desempleo, la estructura familiar monoparental y la precariedad laboral generan contextos que dificultan el acceso a alimentos saludables y a oportunidades de actividad física. Estas condiciones estructurales requieren respuestas

intersectoriales sostenidas (Carmona-Rosado & Zapata-Moya, 2022; Drewnowski & Specter, 2004).

- **Las políticas públicas y servicios de salud:** Las políticas públicas, como la regulación de los alimentos y las bebidas, el acceso a la actividad física y las políticas de prevención de enfermedades, tienen un impacto significativo. En comunidades con políticas públicas débiles o con escaso acceso a centros de salud o programas preventivos, los individuos tienen más probabilidades de desarrollar obesidad. Existe evidencia de que las regiones con un menor gasto público en salud y bienestar tienen mayores tasas de obesidad (Gullón et al., 2022).
- **Las condiciones laborales y vivienda:** Las personas que tienen trabajos que requieren largas horas de sedentarismo, que ocasionan alteración en el ritmo sueño-vigilia, o que viven en entornos con escasa accesibilidad a áreas recreativas, tienden a tener más dificultades para mantener un peso saludable. Además, vivir en vecindarios con poco acceso a alimentos frescos y saludables también aumenta el riesgo de obesidad (Cereijo et al., 2022).
- **Las desigualdades de género:** Afectan tanto las condiciones económicas como los roles sociales de hombres y mujeres, lo que tiene un impacto directo en los hábitos alimentarios, el acceso a servicios de salud, y las oportunidades de actividad física, factores todos que están relacionados con el desarrollo de la obesidad.
 - Roles de género y alimentación: Las mujeres de sectores desfavorecidos tienen mayores tasas de obesidad debido a una combinación de factores sociales y económicos, como el tiempo limitado para cocinar y la disponibilidad de alimentos baratos y poco saludables (Temporelli & Viego, 2016). Además, las hormonas sexuales durante el embarazo, en mujeres con síndrome del ovario poliquístico, o durante la menopausia (Millán-de-Meer et al., 2023), pueden asociarse con cambios metabólicos adversos.
 - Desigualdad en el acceso a la actividad física: Los entornos rurales a menudo enfrentan barreras sociales y culturales que limitan la participación en actividades físicas de las mujeres, comparando con zonas

urbanas (Martín-Rodríguez et al., 2022). Las normas de género pueden imponer restricciones sobre lo que se considera apropiado para las mujeres en cuanto a ejercicio o movilidad, especialmente aquellas que combinan empleo y crianza, lo que puede reducir su oportunidad de mantener un peso saludable. Estas barreras están profundamente influenciadas por roles tradicionales de género. La falta de tiempo, debido a las responsabilidades domésticas y de cuidado familiar, es otro factor importante que restringe el acceso de las mujeres a espacios para la actividad física. Las mujeres de áreas urbanas con menores ingresos tienen menos acceso a centros de fitness o a actividades recreativas, lo que contribuye a una mayor prevalencia de la obesidad (López-González et al., 2015).

- **Las desigualdades geográficas** entre áreas urbanas y rurales también desempeñan un papel fundamental en la obesidad, debido a diferencias significativas en el acceso a recursos, oportunidades de actividad física y alimentos saludables.
 - Acceso limitado en áreas rurales: Las personas que viven en áreas rurales tienen tasas más altas de obesidad, en parte porque enfrentan mayores barreras en términos de acceso a alimentos saludables y programas de prevención. En muchas zonas rurales, la farmacia comunitaria representa la única infraestructura sanitaria disponible, lo que limita el acceso a intervenciones multidisciplinarias. Además, la baja densidad de población y la escasez de transporte público reducen la accesibilidad a centros de salud, alimentos frescos y espacios recreativos (Bixby et al., 2019; Martín-Rodríguez et al., 2022).
 - Diferencias en el estilo de vida y las oportunidades urbanas: Aunque la infraestructura de las ciudades favorece la actividad física, la pobreza urbana contribuye significativamente al aumento de la obesidad en ciertos barrios (Marí-Dell’Olmo et al., 2021).
- **Acceso a servicios de salud:** El acceso a servicios de salud es un determinante contextual esencial de la obesidad, ya que influye en su prevención, diagnóstico y tratamiento (Wardle & Steptoe, 2003). El acceso limitado a la atención médica contribuye a que la obesidad no sea tratada adecuadamente, lo que puede llevar a complicaciones adicionales.

Por ejemplo, las personas con obesidad en entornos socioeconómicos desfavorecidos pueden enfrentar barreras para acceder a servicios de salud de calidad, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento oportuno tanto de la obesidad en sí misma, como de enfermedades crónicas asociadas a la obesidad, por ejemplo la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares (Encuentro en la XXIX Escola de Salut Pública de Menorca, 2018). Esta falta de acceso adecuado agrava las condiciones de salud y perpetúa el ciclo de la obesidad y sus complicaciones. La salud mental también puede ser vista como un determinante estructural de la obesidad cuando se consideran desigualdades sociales. Problemas en el empleo y la inseguridad laboral afectan la salud mental y pueden generar estrés crónico y problemas de ansiedad o depresión (Quintero et al., 2016). Un acceso limitado a servicios de salud mental puede impedir el tratamiento de este tipo de trastornos, lo que puede llevar a comportamientos alimentarios desregulados y contribuir al aumento de peso.

- **La discriminación racial y religiosa:** La discriminación racial y religiosa representa un determinante estructural relevante que ha sido escasamente considerado en las políticas de salud pública vinculadas a la obesidad. Las personas migrantes o pertenecientes a minorías religiosas enfrentan barreras adicionales de acceso a servicios de salud, alimentación saludable y entornos seguros para la actividad física, debido tanto a la exclusión institucional como a la discriminación social. Estas desigualdades estructurales impactan de forma directa en los patrones de obesidad en estas poblaciones, que con frecuencia quedan invisibilizadas en los análisis convencionales (Rodríguez-Alvarez et al., 2018).
- **La interseccionalidad:** Es necesario adoptar una perspectiva interseccional en el análisis de los determinantes sociales de la obesidad. Las experiencias de vulnerabilidad no se presentan de forma aislada: el género, la clase social, la etnia, la discapacidad o el entorno rural pueden superponerse y amplificar el riesgo de obesidad. Esta visión permite diseñar intervenciones más específicas y efectivas para cada grupo social (Gullón et al., 2022; Temporelli & Viego, 2016).
- **Factores psicológicos y emocionales:** Los factores psicológicos y emocionales tienen una incidencia directa en la aparición y mantenimiento

de la obesidad. El estrés crónico, la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en contextos de vulnerabilidad social. Estos determinantes suelen estar invisibilizados en las estrategias preventivas. Su incorporación es esencial para lograr un abordaje más completo de la obesidad (Goñi-Sarriés et al., 2024; Quintero et al., 2016).

2. DETERMINANTES DE CONTEXTO

Los **determinantes contextuales** son aquellos factores más inmediatos del entorno, y pueden influir de manera más directa sobre los comportamientos relacionados con la obesidad. En asociación con la obesidad, se han identificado en la revisión de la literatura los siguientes:

- **Acceso limitado a alimentos saludables:** En muchas comunidades, especialmente en áreas urbanas de bajos recursos, el acceso a alimentos frescos y saludables puede estar limitado. Un estudio publicado en 2019 (Arrospide et al., 2019) subraya cómo la falta de supermercados y tiendas de alimentos saludables en áreas desfavorecidas contribuye al aumento de la obesidad en estos barrios.
- **Ambiente social y redes de apoyo:** El apoyo social y el entorno familiar también desempeñan un papel clave en la prevención de la obesidad (González Jiménez et al., 2012). Las personas que viven en entornos donde la obesidad es común o donde no existen normas sociales de actividad física pueden ser más propensas a desarrollar obesidad. Las redes sociales, como la familia y los amigos, también pueden influir en los hábitos alimenticios y de actividad física.
- **Urbanismo y caminabilidad:** El diseño urbano influye significativamente en los niveles de actividad física de la población. Entornos con calles caminables, parques accesibles y transporte público bien planificado favorecen el movimiento cotidiano. Por el contrario, barrios inseguros o sin infraestructura adecuada limitan la actividad física, especialmente en poblaciones vulnerables. La caminabilidad y el urbanismo activo deben ser considerados elementos clave para promover estilos de vida saludables.

Vivir en un vecindario con espacios públicos como parques, senderos y centros deportivos facilita la actividad física. Por el contrario, los vecindarios sin estas infraestructuras o con altas tasas de criminalidad, que limitan la seguridad para caminar o hacer ejercicio al aire libre, pueden contribuir a un mayor sedentarismo y, por ende, a la obesidad. Esto está relacionado con los hallazgos sobre la correlación entre la falta de infraestructura recreativa y las altas tasas de obesidad en ciertas áreas urbanas (Cereijo et al., 2022; Martínez-Vizcaíno et al., 2024).

- **Los factores culturales** juegan un papel importante en los hábitos alimentarios, las prácticas relacionadas con la salud y las percepciones sobre el peso corporal. Las normas sociales y culturales pueden influir en el comportamiento alimentario (Mahmood et al., 2021) y en las actitudes hacia la actividad física (Draper et al., 2015).
- **Normas sobre la imagen corporal:** En muchas culturas, existe una presión social sobre el cuerpo, y estas expectativas varían entre hombres y mujeres. En algunas culturas, la obesidad puede ser vista como un signo de bienestar o prosperidad, mientras que en otras se asocia con la falta de disciplina o la enfermedad. Esta visión cultural puede influir tanto en las personas con sobrepeso, que no reconocen el problema, como en las que sufren de una ansiedad excesiva por perder peso. Las influencias culturales y las expectativas sobre el cuerpo contribuyen al aumento de los trastornos alimentarios y la obesidad en algunas poblaciones (Gualdi-Russo et al., 2022).
- **Comportamientos no saludables** (por ejemplo, adicciones o trastornos de conducta alimentaria): Los comportamientos no saludables, como el consumo de tabaco, alcohol o drogas, tienen una relación estrecha con la obesidad. Algunos estudios sugieren que las personas que sufren de adicciones alimentarias, caracterizadas por un impulso incontrolable de consumir alimentos poco saludables, tienen más probabilidades de tener obesidad (Wilson, 2010). Además, la privación de sueño se ha demostrado estar asociada a obesidad. Estos comportamientos están asociados con un estilo de vida que favorece la falta de control sobre la dieta y la actividad física.

- **La soledad no deseada y el aislamiento social** han emergido como factores psicosociales clave que afectan la salud general y, específicamente, el riesgo de obesidad. Estos factores son especialmente prevalentes en áreas rurales o en comunidades con bajo acceso a servicios y redes sociales de apoyo. La ausencia de vínculos comunitarios puede agravar los hábitos alimentarios poco saludables y disminuir la motivación para realizar actividad física (Ayala et al., 2021; González Jiménez et al., 2012).
- **Determinantes comerciales:** La influencia de los determinantes comerciales en la configuración de entornos obesogénicos es evidente. El marketing intensivo de productos ultraprocesados, la presencia de máquinas expendedoras en espacios escolares y laborales, y la débil regulación sobre el etiquetado de productos contribuyen al aumento de la obesidad. Además, la presión de la industria alimentaria dificulta la implementación de políticas de salud pública eficaces (Diariofarma, 2025; European Union, 2007).

3. ABORDAJE NACIONAL DE LA OBESIDAD

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL (2022-2030)

El **Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030)** (Gobierno de España, 2022) es una iniciativa del Gobierno de España que busca abordar de manera integral la problemática del sobrepeso y la obesidad en la población infantil y adolescente. Este plan establece una Hoja de Ruta con el objetivo de reducir en un 25 % el exceso de peso en la infancia para el año 2030 y disminuir en un 40 % la brecha social asociada a esta condición. El plan se enmarca en 7 líneas estratégicas:

- **Entornos alimentarios saludables:** Promover el acceso equitativo a alimentos nutritivos y asequibles, regulando la publicidad de productos no saludables dirigidos a menores y fomentando opciones saludables en comedores escolares.

- Fomento de la actividad física: Impulsar la práctica regular de ejercicio físico en entornos escolares y comunitarios, garantizando espacios seguros y adecuados para la actividad física.
- Bienestar emocional y hábitos de sueño saludables: Abordar factores psicológicos y emocionales que contribuyen al desarrollo de la obesidad, promoviendo hábitos de sueño adecuados y estrategias de manejo del estrés.
- Sensibilización y empoderamiento familiar: Educar y concienciar a las familias sobre la importancia de estilos de vida saludables, proporcionándoles herramientas y recursos para implementar cambios positivos en el hogar.
- Investigación e innovación: Fomentar estudios que profundicen en las causas y soluciones de la obesidad infantil, adaptando las intervenciones a las necesidades específicas de diferentes comunidades.
- Coordinación intersectorial y gobernanza: Establecer mecanismos de colaboración entre diferentes niveles de gobierno, sectores y comunidades autónomas para asegurar una implementación efectiva y coherente del plan.

Al centrar sus esfuerzos en crear entornos saludables y accesibles para toda la población infantil, el plan busca mitigar las desigualdades sociales, garantizando que, independientemente del origen social o territorial, todos los niños y niñas tengan las mismas oportunidades de crecer de manera saludable.

La ejecución efectiva del plan requiere una colaboración estrecha entre el Gobierno central y las comunidades autónomas. Para ello, se ha establecido un Comité Interministerial encargado de coordinar y dar coherencia a las diversas políticas sectoriales y legislativas relacionadas con la obesidad infantil. Este comité trabaja en conjunto con las comunidades autónomas para integrar las líneas estratégicas del plan en sus respectivos marcos de políticas públicas, adaptándolas a las particularidades y necesidades de cada región.

Además, se prevé la asignación de presupuestos específicos para que las comunidades autónomas puedan desarrollar e implementar las acciones

necesarias en sus territorios, asegurando un enfoque cohesionado y efectivo en todo el país.

Sin embargo, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030) se centra exclusivamente en la población infantil y adolescente. No existe una versión específica de este plan destinada a la población adulta.

GUÍA GIRO

Publicada en su segunda edición en 2024, la **Guía GIRO**, impulsada por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), y en la que colaboraron más de 30 sociedades científicas y asociaciones de pacientes, establece un marco clínico para el abordaje integral de la obesidad en la población adulta, incluyendo prevención, diagnóstico y tratamiento multidisciplinar (Lecube et al, 2025).

La guía se organiza en varios bloques temáticos que abordan diferentes aspectos del manejo de la obesidad:

- Reconocimiento de la obesidad como factor de riesgo para otras enfermedades y que requiere un enfoque terapéutico a largo plazo.
- Evaluación de la obesidad: Incluye herramientas y métodos para la correcta evaluación del paciente con obesidad, considerando factores como la distribución del tejido adiposo y las comorbilidades asociadas.
- Tratamiento y abordaje multidisciplinar: Ofrece estrategias terapéuticas que incluyen modificaciones en el estilo de vida, intervenciones nutricionales, actividad física, farmacoterapia y opciones quirúrgicas cuando estén indicadas.
- Recomendaciones para poblaciones especiales: Proporciona pautas específicas para el manejo de la obesidad en diferentes grupos poblacionales, considerando sus particularidades y necesidades.
- Implementación de la guía y retos futuros: Analiza los desafíos en la aplicación de las recomendaciones y propone estrategias para mejorar la atención a las personas con obesidad en el sistema de salud.

La Guía GIRO busca ser una herramienta transformadora en la práctica clínica, fomentando un cambio de paradigma en el manejo de la obesidad y promoviendo un enfoque centrado en el paciente, libre de estigmas y basado en la mejor evidencia disponible.

OTRAS INICIATIVAS

Entre algunas acciones clave a nivel nacional, encontramos la de la **Alianza por la Obesidad**, que reclama una Estrategia Nacional de Atención Integral a la Obesidad en todas las etapas de la vida, que contemple el reconocimiento de la afección como una enfermedad crónica en la legislación española. Asimismo, han exigido la financiación de tratamientos innovadores y de investigación, la reducción de listas de espera de cirugía bariátrica, planes formativos y campañas de sensibilización y prevención dirigidas, no solo a la población general, sino también a empresas y administraciones públicas. Otra acción clave es el **Real Decreto 315/2025, de 15 de abril, destinado a promover una alimentación saludable y sostenible en los centros educativos**, por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 de España, que se aprobó y publicó en abril de 2025. Esta normativa prohíbe la presencia de bebidas azucaradas en los comedores escolares y garantiza el consumo diario de frutas y verduras frescas por parte de los estudiantes. El objetivo principal es combatir la obesidad infantil y asegurar que todos los niños, independientemente de su situación económica, tengan acceso a alimentos saludables en el entorno escolar. Aunque este Real Decreto se aplica a nivel nacional, algunas comunidades autónomas ya habían implementado medidas similares antes de su promulgación. Por ejemplo, la Comunidad de Madrid desarrolló la “**Estrategia de Alimentación Saludable y Sostenible de Madrid 2022-2025**”, que busca desarrollar sistemas alimentarios sostenibles, inclusivos, resilientes, seguros y diversificados para asegurar comida sana y accesible, reducir los desperdicios de alimentos, preservar la biodiversidad y mitigar y adaptarse al cambio climático.

La **Estrategia NAOS** (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), impulsada en 2005 por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), con el objetivo de invertir la tendencia ascendente del exceso de peso en niños, adolescentes y adultos, promoviendo una alimentación saludable y la práctica regular de actividad física. Se trata de una

estrategia multisectorial y de salud pública, que propone un enfoque integral que abarca la modificación de hábitos y la creación de entornos saludables, actuando de manera coordinada entre administraciones públicas, sector privado y ciudadanía. NAOS se dirige a toda la población, aunque pone especial énfasis en la infancia y juventud. Su planteamiento sigue las recomendaciones internacionales de la OMS y se basa en el principio de que la salud debe estar presente en todas las políticas públicas.

La implementación de estas iniciativas ha mostrado resultados positivos en la promoción de hábitos alimentarios saludables entre los estudiantes. Según el estudio ALADINO (García-Solano et al., 2021), aunque el exceso de peso entre los escolares de 6 a 9 años sigue siendo preocupante, se ha observado una disminución de 3,9 puntos porcentuales entre 2011 y 2019, hasta situarse en 2023 en un 36,11 % (un descenso de 4,5 puntos respecto a 2019) para la población de niños entre 6 y 9 años (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo), 2019). Estas medidas fomentan entornos escolares más saludables.

Algunas comunidades autónomas han desarrollado planes regionales para la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos. Estos varían en alcance y enfoque, con algunas regiones priorizando la atención primaria y la promoción de estilos de vida saludables. Se presenta la revisión del contexto regional de abordaje de la obesidad en la siguiente sección.

4. PLANES AUTONÓMICOS

Revisar los planes regionales de obesidad es fundamental para establecer un Hoja de Ruta efectiva que permita abordar las desigualdades en salud relacionadas con esta enfermedad. La obesidad está influenciada por factores socioeconómicos, de género, geográficos y culturales, lo que genera brechas significativas en la exposición a factores de riesgo y en el acceso a estrategias preventivas y terapéuticas. Un análisis detallado de los planes autonómicos permite identificar buenas prácticas, vacíos en la implementación y oportunidades de mejora, asegurando que las intervenciones se adapten a las necesidades de los grupos más vulnerables. Además, facilita la coordinación entre comunidades, promoviendo estrategias equitativas y basadas en evidencia, que

no solo reduzcan la prevalencia de la obesidad, sino que también mitiguen su impacto en las poblaciones más afectadas.

A continuación, se ofrece un resumen, en forma de tabla, de la revisión de Planes autonómicos en España para abordar la obesidad. La síntesis de la información ha puesto el foco en identificar acciones que se proponen y que son relevantes para abordar las desigualdades en el contexto de la obesidad, dentro de los planes de las CCAA (si los tienen). Además, se complementa con un indicador que distingue si las acciones son en prevención o en tratamiento, y si son para población adulta o infantil. Se identifican también las principales asociaciones de pacientes de cada CCAA. Cabe destacar que, a nivel nacional, se encuentra la Asociación Nacional de Personas que viven con Obesidad (ANPO).

Los resultados del análisis por CCAA muestran cómo el abordaje de la obesidad es común, sin embargo, parece haber un mayor peso del abordaje de la población infantil en comparación con la población adulta. También se observan más acciones en prevención que en tratamiento de la obesidad. Además, algunas CCAA no disponen de plan para el abordaje de la obesidad, pero sí disponen de acciones para su abordaje dentro del Plan de Salud de la CCAA. Finalmente, algunas CCAA tienen sus planes desactualizados, siendo algunos previos a 2020 y sin signos de que se esté trabajando en una actualización.

Tabla 1. Planes y Estrategias Autonómicas para el abordaje de la obesidad en España: acciones, enfoque, población objetivo y Asociaciones de Pacientes.

Comunidad Autónoma	Plan / Estrategia de Abordaje a la Obesidad	Año del último Plan	Enfoque: Prevención o Tratamiento	Acciones propuestas (específicamente aquellas con objetivo de reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad)	Población objetivo	Asociaciones regionales de pacientes
Andalucía	Sí (Plan Integral de Obesidad Infantil) Además, están trabajando un nuevo plan en todas las etapas de la vida	2021	Prevención y Tratamiento	1. Promoción de hábitos saludables, como la alimentación equilibrada y la actividad física. 2. Intervenciones en escuelas y centros educativos. 3. Tratamientos médicos y quirúrgicos para casos graves.	Infantil y Adulta	No dispone de Asociación Regional
Aragón	Sí (Plan de Abordaje Integral de la Obesidad en Atención Primaria)	No especificado	Prevención y Tratamiento	1. Intervención multidisciplinaria. 2. Seguimiento nutricional y psicológico. 3. Fomento de estilos de vida activos.	Infantil y Adulta	Asociación TCA Aragón
Asturias	Sí (dentro del Plan de Salud de Asturias)	2018	Prevención	1. Educación nutricional en colegios y centros de salud. 2. Promoción de la actividad física en espacios públicos.	Infantil	No dispone de Asociación Regional

Comunidad Autónoma	Plan / Estrategia de Abordaje a la Obesidad	Año del último Plan	Enfoque: Prevención o Tratamiento	Acciones propuestas (específicamente aquellas con objetivo de reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad)	Población objetivo	Asociaciones regionales de pacientes
Canarias	Sí (Plan de Prevención de la Obesidad Infantil en menores de 12 años en Canarias). También ha publicado recientemente un documento que ofrece un protocolo ara Proceso Asistencial Integrado a pacientes con sobrepeso y obesidad (PAI CANARIAS).	2024	Prevención	1. Programa de Educación para la Salud, Alimentos a la Palestra y Actividad Física (ALIPA); 2. Programa de Comedores Escolares; 3. Control nutricional de comedores escolares, máquinas expendedoras y cafeterías (Programa P16, incluido en el Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria); 4. Los Círculos de la Vida Saludable 5. Programa formativo sobre alimentación saludable y sostenible y la Guía basada en alimentos saludables y sostenibles de Canarias.	Infantil y Adulta	No dispone de Asociación Regional

Comunidad Autónoma	Plan / Estrategia de Abordaje a la Obesidad	Año del último Plan	Enfoque: Prevención o Tratamiento	Acciones propuestas (específicamente aquellas con objetivo de reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad)	Población objetivo	Asociaciones regionales de pacientes
Cantabria	Sí (dentro del Plan de Salud Digital 2024-2027)	2024	Prevención y Tratamiento	1. Estrategias de comunicación a través de dispositivos tecnológicos para fomentar estilos de vida saludable en la población infantil y adulta.	Infantil y Adulta	Asociación Pontesano contra la Obesidad
Castilla-La Mancha	Sí (Plan de Prevención de la Obesidad en la Infancia) En progreso la Estrategia Regional para la Promoción de Hábitos de Vida Saludables	2021	Prevención	1. Programas educativos en centros escolares. 2. Campañas públicas sobre alimentación y hábitos de vida saludable.	Infantil y Adulta	Asociación de Obesidad de Castilla-La Mancha
Castilla y León	Sí (Programa de Prevención de la Obesidad)	2022	Prevención y Tratamiento	1. Programas de prevención en primaria. 2. Tratamiento individualizado para obesidad severa. 3. Formación de profesionales de salud.	Infantil y Adulta	Asociación de Obesidad y Enfermedades Metabólicas (AEMO)

Comunidad Autónoma	Plan / Estrategia de Abordaje a la Obesidad	Año del último Plan	Enfoque: Prevención o Tratamiento	Acciones propuestas (específicamente aquellas con objetivo de reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad)	Población objetivo	Asociaciones regionales de pacientes
Cataluña	SI (Programa per a la promoció d'una alimentació saludable i la prevenció i abordatge de malalties a l'atenció primària i comunitària; Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT)) Dispone además de una guía para el abordaje de la obesidad en Atención Primaria	2021	Prevención y Tratamiento	1. Programas de educación nutricional en la población infantil. 2. Campañas de sensibilización en medios. 3. Tratamiento multidisciplinar en unidades específicas.	Infantil y Adulta	Una vida sin Obesidad

Comunidad Autónoma	Plan / Estrategia de Abordaje a la Obesidad	Año del último Plan	Enfoque: Prevención o Tratamiento	Acciones propuestas (específicamente aquellas con objetivo de reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad)	Población objetivo	Asociaciones regionales de pacientes
Extremadura	Sí (dentro del Plan de Salud 2021-2028)	2021	Prevención y Tratamiento	1. Mejora de la oferta alimentaria en escuelas. 2. Actividades físicas para combatir el sedentarismo. 3. Apoyo médico y quirúrgico en obesidad mórbida.	Infantil y Adulta	No disponible
Galicia	Sí (Plan de Prevención de la Obesidad Infantil; Plan Obesidad Zero)	2014	Prevención	1. Programas educativos en colegios. 2. Estrategias de intervención temprana en niños y adolescentes. 3. Sensibilización sobre hábitos de vida saludables. 4. Alfabetización de la salud 5. Estrategias de entornos saludables y seguros.	Infantil y Adulta	No disponible

Comunidad Autónoma	Plan / Estrategia de Abordaje a la Obesidad	Año del último Plan	Enfoque: Prevención o Tratamiento	Acciones propuestas (específicamente aquellas con objetivo de reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad)	Población objetivo	Asociaciones regionales de pacientes
Islas Baleares	Sí (Estrategia de alimentación saludable y vida activa)	2020	Prevención	1. Un plan de comunicación efectivo para asegurar que tanto la población como los grupos de interés y socios estratégicos sean conscientes de la importancia de hacer que las opciones más saludables sean fácilmente accesibles y de forma equitativa.	Infantil y Adulta	Associació Bariàtrica i Obesitat de les Illes Balears
Madrid	Sí (Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid, una ciudad saludable 2021-2024)	2021	Prevención	1. Fomentar hábitos alimentarios saludables desde la infancia (ej. Estudio ALADINO). 2. Derivación protocolizada de personas con obesidad y prediabetes a los CMSc para su participación en la intervención de alto riesgo y en el taller de cambio terapéutico de estilo de vida del programa ALAS.	Infantil	Asociación Madrileña contra la Obesidad y el Sobrepeso

Comunidad Autónoma	Plan / Estrategia de Abordaje a la Obesidad	Año del último Plan	Enfoque: Prevención o Tratamiento	Acciones propuestas (específicamente aquellas con objetivo de reducir las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad)	Población objetivo	Asociaciones regionales de pacientes
Murcia	Recientemente se ha aprobado la elaboración de un Plan Regional para la lucha contra la obesidad infantil en la región (2025-2035)	2022	Prevención		Infantil	Asociación para la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad de la Región de Murcia
País Vasco	Sí (Estrategia de prevención de la obesidad infantil en Euskadi)	2020	Prevención	1. Actividades físicas dirigidas y programas en colegios. 2. Campañas de educación nutricional para padres. 3. Estrategias de acceso a alimentos saludables.	Infantil y Adulta	

Fuente: Elaboración propia.

5. CONTEXTO INTERNACIONAL

La Estrategia de la Unión Europea (UE) para alimentación, sobrepeso y obesidad (European Union, 2007) tiene como objetivo principal **contrarrestar el entorno obesogénico** (es decir, un entorno que fomenta el aumento de peso) y **ayudar a los ciudadanos a reducir los comportamientos de alto riesgo**, como la mala alimentación y la falta de ejercicio físico.

Para combatir la obesidad, esta estrategia se centra en promover una alimentación saludable y la actividad física mediante acciones como la reformulación de productos alimenticios para reducir sal, azúcares y grasas saturadas; la regulación de la publicidad dirigida a niños y la colaboración entre sectores públicos y privados para crear entornos que faciliten elecciones saludables. Además, la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA) ha hecho recientemente un llamamiento para que se incluya la obesidad, y otras enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad (como la diabetes), dentro de la Estrategia Europea de Salud Cardiovascular (Diariofarma, 2025). Aunque la UE reconoce la importancia de la obesidad en la Salud Cardiovascular, este llamamiento todavía está pendiente de respuesta.

Esta estrategia ha influido en diversos países como Reino Unido, Noruega, Finlandia, Francia, Alemania o Suecia. La estrategia de la UE ha servido de marco para que los países desarrollen políticas efectivas adaptadas a sus contextos nacionales, logrando avances significativos en la reducción de la obesidad.

El proyecto europeo **OBEClust** (EUFIC - European Food Information Council, 2025) es una iniciativa reciente que agrupa diversas acciones enfocadas en la prevención de la obesidad, entre las que destaca el proyecto eprObes (Early Prevention Of Obesity). Este clúster tiene como objetivo principal abordar los determinantes sociales de la salud que influyen en el desarrollo de la obesidad, promoviendo estrategias de prevención desde etapas tempranas de la vida, una identificación temprana, e intervenciones para influir en los estilos de vida y comportamientos.

El proyecto **OBCT** (Obesity: Biological, socioCultural, and Environmental Risk Trajectories), financiado por Horizonte Europa (2023–2028) busca comprender mejor las causas biológicas, sociales y ambientales de la obesidad y reducir las desigualdades asociadas. Su trabajo combina investigación científica,

análisis territorial y desarrollo de herramientas como mapas y atlas digitales de obesidad que faciliten políticas de prevención más equitativas y basadas en evidencia. Los primeros resultados confirman el fuerte gradiente socioeconómico de la obesidad y la influencia del entorno urbano en la salud, reforzando la necesidad de intervenciones estructurales que transformen los entornos que favorecen la obesidad en espacios saludables y equitativos (Unión Europea, 2025).

Otros proyectos a destacar son la **iniciativa COSI** (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*) y el **Plan de Aceleración para Frenar la Obesidad**, dos programas impulsados por la OMS en el ámbito europeo que comparten un objetivo común: revertir la tendencia creciente de la obesidad infantil y adulta mediante la generación de evidencia y la acción política coordinada. COSI, creada en 2007, constituye un sistema de vigilancia internacional que recopila datos comparables sobre el estado nutricional y los hábitos de vida de niños y niñas de entre 6 y 9 años en más de 40 países, permitiendo monitorizar la evolución de la obesidad infantil y orientar decisiones basadas en evidencia (Organización Mundial de la Salud, 2025). Por su parte, el Plan de Aceleración para Frenar la Obesidad, lanzado en 2023, busca impulsar la implementación de políticas estructurales y multisectoriales para prevenir y tratar la obesidad en todas las etapas de la vida, priorizando a la infancia y a las poblaciones más vulnerables. Este plan promueve medidas como la reforma de los entornos alimentarios, la regulación del marketing, los impuestos saludables y la integración del tratamiento de la obesidad en los sistemas de salud, reforzando el principio de que la obesidad no es un problema individual, sino una consecuencia de entornos sociales y económicos que deben transformarse para favorecer la salud y la equidad (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En el contexto de las estrategias internacionales para combatir la obesidad y reducir las desigualdades en salud, se han implementado diversas políticas y programas que abordan los factores socioambientales asociados a la dieta y la actividad física. Estudios en distintos países, incluyendo países europeos, pero también, Estados Unidos y países latinoamericanos, muestran cómo estas iniciativas buscan influir en los comportamientos relacionados con el peso y promover entornos saludables que faciliten elecciones de vida más sanas (Ayala et al., 2021; European Commission. Education, Audiovisual and Culture Executive Agency. & Eurydice (Brussels, Belgium)., 2013).

El análisis de las estrategias y acciones implementadas en países como Estados Unidos y los Emiratos Árabes Unidos (EAU) es fundamental para comprender enfoques innovadores y efectivos en la lucha contra la obesidad y las desigualdades sociales asociadas. En Estados Unidos, la ampliación del acceso a medicamentos y programas de asistencia nutricional refleja la necesidad de integrar medidas estructurales que garanticen equidad en los tratamientos para la obesidad, especialmente en poblaciones vulnerables. Por su parte, los Emiratos Árabes han apostado por la prevención temprana a través de programas educativos y colaboraciones con instituciones médicas internacionales, demostrando el impacto de un enfoque proactivo en la reducción de la obesidad infantil. El Emirates Health Project (EHP) busca apoyar cambios en el estilo de vida saludable a través de una intervención familiar utilizando un entrenador de salud y un rastreador de actividad física (King et al., 2023). Además, en los últimos años se han autorizado algunos fármacos en EAU para el tratamiento de la obesidad en adultos y niños.

La evaluación de estas iniciativas permite extraer lecciones clave y adaptar políticas que combinen el acceso equitativo a la salud, la educación en hábitos saludables y la reducción de barreras estructurales, contribuyendo así a una respuesta más eficaz y justa frente a la obesidad a nivel global.

Cabe destacar el papel de sociedades científicas nacionales (SEEDO, SEEN, SEMERGEN, SEMI) e internacionales (*European Association for the Study of Obesity* (EASO), *The Obesity Society* (TOS), *Obesity Canada*), y de asociaciones de personas que viven con obesidad a nivel internacional como *The European Coalition for People Living with Obesity* (ECPO), y a nivel nacional, la Asociación Nacional de Personas que viven con Obesidad (ANPO), que contribuyen en la generación de material educativo y guías clínicas para profesionales y pacientes.

A continuación, se presentan, desarrollan y documentan algunos ejemplos destacados de estrategias exitosas en otros países, así como se identifican los elementos que podrían ser aplicables en España con el fin de mejorar las estrategias para el abordaje de la obesidad, teniendo en cuenta la importancia de los DSS.

5.1. REINO UNIDO

Reino Unido dispone de una Estrategia de Obesidad Infantil desde 2016, actualizada en el año 2020 (Department of Health and Social Care. United Kingdom., 2020). Esta se centra en reducir la exposición de los niños a la publicidad de alimentos poco saludables, mejorar el etiquetado nutricional y promover la actividad física en las escuelas.

Destaca la implementación del impuesto a las bebidas azucaradas, introducido en abril de 2018. Este impuesto ha mostrado resultados positivos en la reducción de la obesidad infantil, especialmente en ciertos grupos demográficos, lo cual ha sido la principal razón para su éxito. La implementación del impuesto se asoció con una reducción relativa del 8% en los niveles de obesidad en niños de 6 años, lo que equivale a prevenir aproximadamente 5.234 casos de obesidad por año en este grupo. Además, las reducciones fueron más significativas en los niños que asistían a escuelas ubicadas en zonas económicamente desfavorecidas, registrando una disminución del 9% en la prevalencia de obesidad. Esto sugiere que el impuesto ha contribuido a reducir las desigualdades en salud relacionadas con la obesidad infantil (Rogers et al., 2023).

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) aprobó la financiación de un fármaco para el control de peso en diciembre de 2024. Ha aprobado otros tratamientos para la pérdida de peso en pacientes sin diabetes, pero el tratamiento solía limitarse a dos años en una clínica especializada en control de peso.

Estos hallazgos respaldan la efectividad de políticas fiscales dirigidas a reducir el consumo de productos con alto contenido de azúcar como una medida para combatir la obesidad infantil, especialmente en poblaciones vulnerables.

5.2. NORUEGA

Noruega ha implementado con éxito su Plan de Acción contra la Obesidad (2007-2011), en el que, a través de un enfoque integral, incluyó impuestos a bebidas azucaradas, subsidios para frutas y verduras, y campañas educativas sobre alimentación saludable. Estas medidas resultaron en una estabilización de las tasas de obesidad en la población general. Además, el país publicó un Plan de Acción para una dieta Sana para 2017-2021 (Norwegian Ministries, 2017).

Este plan abordó diversos DSS relacionados con la obesidad, como la educación nutricional y el acceso a alimentos saludables, implementando acciones específicas para influir en ellos. Al reducir el consumo de azúcar y promover una dieta equilibrada, se buscó influir positivamente en los hábitos alimenticios de la población, independientemente de su contexto socioeconómico.

5.3. FINLANDIA

Finlandia implementó un Programa de Prevención de la Obesidad Infantil (no hay un plan único, y no establece fecha de inicio ni de finalización de las acciones para este fin. Los programas van actualizándose e implementándose) (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023). Este programa se enfocó en intervenciones a nivel comunitario. El país ha implementado una serie de políticas y estrategias integradas en diversos sectores, como la educación, la salud pública y el urbanismo, con el objetivo de promover estilos de vida saludables entre los niños y adolescentes, fomentando la actividad física y una alimentación equilibrada desde temprana edad.

Un ejemplo destacado es la iniciativa implementada en la ciudad de Seinäjoki, donde se adoptaron medidas educativas y nutricionales en escuelas y guarderías. Estas acciones lograron reducir a la mitad la tasa de obesidad infantil en un período de seis años. Este éxito ha servido de modelo para otras regiones y ha influido en las políticas nacionales de salud pública en Finlandia. Como resultado, Finlandia ha logrado mantener una de las tasas de obesidad infantil más bajas de Europa. Además, el país continúa desarrollando y actualizando sus estrategias de prevención de la obesidad infantil.

5.4. FRANCIA

Francia cuenta con el Programa Nacional de Nutrición y Salud (PNNS), cuyos objetivos principales incluyen la promoción de hábitos alimenticios saludables, la reducción del consumo de alimentos poco saludables, y la mejora de la actividad física en la población. Francia ha implementado múltiples ediciones de este programa, centrado en mejorar la alimentación y promover la actividad física. Incluye medidas como la regulación de la publicidad de alimentos y la promoción de menús saludables en comedores escolares. Estas acciones han contribuido a una reducción en la prevalencia de obesidad en ciertos grupos de la población.

Como resultado, el PNNS ha logrado disminuir el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares. En particular, la campaña “*Manger, Bouger*” (Comer, Moverse) (Santé Publique France, s. f.) ha sido exitosa en promover una dieta equilibrada y el consumo de frutas y verduras, así como en reducir el consumo de productos procesados y bebidas azucaradas. Además, según un informe de la Agencia Nacional de Salud Pública de Francia (Santé Publique France), las tasas de obesidad infantil en Francia han mostrado una ligera disminución durante la última década, con una caída especialmente notable en las áreas urbanas. En la escuela primaria, se ha observado un descenso en la tasa de obesidad, lo cual es atribuible a las políticas públicas implementadas en las escuelas. El programa ha promovido el aumento de la actividad física en niños y adultos. Según datos del programa, alrededor del 70 % de los adultos franceses ahora realizan al menos 30 minutos de ejercicio moderado al día, un aumento significativo respecto a años anteriores. La implementación de etiquetas como el “*Nutri-Score*” (etiquetado nutricional basado en colores) ha facilitado que los consumidores elijan productos más saludables.

Francia trabaja una iniciativa para combatir la crisis creciente de obesidad en el país. Este nuevo enfoque podría ampliar significativamente el acceso, sobre todo entre personas sin acceso previo a especialistas, como parte de una estrategia más integral que combina medicamentos con dieta y actividad física.

5.5. ALEMANIA

El Plan “IN FORM” (2008 - Presente) es la estrategia nacional implantada en Alemania para promover una alimentación saludable y la actividad física (Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, s. f.). Está enfocado en mejorar hábitos alimentarios, especialmente en niños y adolescentes, promoviendo la educación nutricional en las escuelas y en el lugar de trabajo. Se ha observado una estabilización de las tasas de obesidad en niños y jóvenes.

5.6. ITALIA

Este país acaba de reconocer legalmente la obesidad como una enfermedad crónica y establece una serie de medidas para el abordaje integral de esta patología, como el desarrollo de un Programa Nacional de Prevención y Atención para financiar campañas de concienciación y educativas en hábitos de vida

saludable; acciones destinadas a mejorar la inclusión social de los pacientes y a garantizar la protección de la salud; así como la creación del Observatorio Nacional para el Estudio de la Obesidad (OSO), encargado de realizar el seguimiento y evaluar las políticas aplicadas.

5.7. SUECIA

Suecia dispone de un Plan de Acción contra la Obesidad Infantil (2003 - Presente): cuyo enfoque está basado en la igualdad de acceso a una alimentación saludable y a oportunidades de actividad física (The Public Health Agency of Sweden, 2018). El plan implementa medidas como la regulación de la oferta de alimentos en escuelas y la promoción de entornos urbanos que favorezcan la actividad física. Se ha observado una reducción en la tasa de obesidad infantil desde su aplicación. También dispone de una Guía Nacional para el cuidado de la obesidad (Nowicka et al., 2024), desarrollada de manera sistemática por profesionales de la salud y representantes de pacientes. Gracias a esta guía se ha logrado una mejora en los cuidados a personas con obesidad, además de una utilización más eficiente de los recursos para el manejo de este problema de salud.

5.8. ESTADOS UNIDOS

Estados Unidos ha implementado diversas estrategias para abordar la obesidad y reducir las desigualdades sociales asociadas a esta condición. A continuación, se resumen las principales acciones llevadas a cabo:

1. **Propuestas para la cobertura de medicamentos contra la obesidad.** En 2024 se propuso que programas de salud pública como Medicare y Medicaid incluyan la cobertura de medicamentos para tratar la obesidad. Esta medida busca facilitar el acceso a tratamientos efectivos para la obesidad, especialmente en comunidades con altos índices de esta condición, como la población latina, donde la tasa de obesidad alcanza el 45 %. La implementación de esta propuesta está sujeta a decisiones de futuras administraciones (El País, 2024).
2. **Expansión de programas de asistencia nutricional.** Se han fortalecido programas como el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) y el Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants,

and Children (WIC), con el objetivo de mejorar el acceso a alimentos nutritivos para personas de bajos recursos. Estas iniciativas buscan combatir la inseguridad alimentaria, que a menudo se asocia con la obesidad (Christopher et al., 2021).

3. Iniciativas comunitarias para promover estilos de vida saludables.

Se han implementado programas comunitarios que fomentan la actividad física y una alimentación saludable, especialmente en áreas con recursos limitados. Estas iniciativas buscan crear entornos que faciliten elecciones saludables y reduzcan las tasas de obesidad en comunidades vulnerables (Correa et al., 2010).

4. Investigación enfocada en reducir desigualdades en salud.

Instituciones como el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) han financiado estudios para identificar factores que contribuyen a la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y obesidad en comunidades afroamericanas. El objetivo es desarrollar enfoques que disminuyan estas desigualdades en salud (Czajkowski, 2016).

5.9. EMIRATOS ÁRABES

Los EAU han implementado diversas iniciativas para combatir la obesidad, especialmente enfocadas en la población infantil y adolescente. A continuación, se detallan algunas de las principales acciones:

1. **Plan Nacional para Combatir la Obesidad Infantil y Adolescente.** En abril de 2022, el Ministerio de Salud y Prevención de los EAU anunció el desarrollo de un plan nacional dirigido a promover estilos de vida saludables y mejorar el bienestar de niños y adolescentes. Este plan tiene como objetivo principal reducir las tasas de obesidad en las generaciones más jóvenes mediante la implementación de programas educativos y actividades físicas (El Correo del Golfo, 2022).
2. **Colaboración con Instituciones Internacionales.** El Ministerio de Salud y Prevención de los EAU ha establecido colaboraciones con instituciones médicas de renombre mundial, como el Children's Hospital of Philadelphia (CHOP). Esta alianza busca mejorar la atención médica pediátrica en el país, incluyendo la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil, a

través de programas clínicos avanzados y capacitación especializada para profesionales de la salud (Children's Hospital of Philadelphia, s. f.).

3. Programas Comunitarios para la Pérdida de Peso. Diversas entidades en los EAU han lanzado iniciativas para incentivar la pérdida de peso entre la población. Por ejemplo, en 2013, la ciudad de Dubái ofreció recompensas en oro a los residentes que lograran reducir su peso corporal, con el objetivo de promover hábitos de vida más saludables y combatir la obesidad a nivel comunitario (Roussev, 2014).

5

RESULTADOS

1. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA REVISIÓN

La obesidad no solo condiciona la salud física y mental de las personas, sino que también implica una carga económica significativa para el sistema de salud. La obesidad está relacionada con un mayor riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, entre otras (GBD 2021 Diabetes Collaborators, 2023; GBD 2021 Risk Factors Collaborators, 2024). En España, los costes derivados de la obesidad y las enfermedades asociadas son considerables. En concreto, la World Obesity Federation estimó en su Atlas Mundial de Obesidad (2023) que los gastos sanitarios y económicos anuales asociados al sobrepeso y obesidad en España en 29.140 millones de dólares anuales (World Obesity Federation, 2023). Por tanto, no es un problema que afecte solo a nivel individual, sino que repercute en la sociedad en general.

El modelo de Dahlgren y Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 2021), proporciona un marco útil para entender cómo los determinantes sociales, tanto estructurales como contextuales, influyen en la obesidad. La obesidad no es solo un problema individual, sino una cuestión social que refleja las desigualdades en los recursos disponibles y las oportunidades que las personas tienen para llevar un estilo de vida saludable. Las políticas públicas que aborden las desigualdades

sociales, económicas y ambientales son fundamentales para reducir la prevalencia de la obesidad en las comunidades más desfavorecidas.

La obesidad es una enfermedad compleja, producida por múltiples factores genéticos y fisiológicos, y que está profundamente influenciada por determinantes sociales estructurales y contextuales que afectan a las personas a lo largo de sus vidas. No es solo el resultado de decisiones individuales. Las **desigualdades socioeconómicas**, las **desigualdades de género** y la **ubicación geográfica** son factores estructurales cruciales, mientras que el **entorno físico**, los **factores culturales**, los **factores laborales**, el **acceso a servicios de salud** y los **comportamientos no saludables** son determinantes contextuales que modulan los riesgos de obesidad. Es fundamental que las políticas públicas aborden estos determinantes sociales a través de enfoques integrales que promuevan un entorno más saludable y accesible para todos, especialmente en las comunidades más vulnerables.

A partir del análisis de estrategias internacionales para abordar la obesidad y las desigualdades sociales asociadas, se identifican varias acciones que aún no han sido implementadas en España y que podrían ser extrapolables para mejorar las políticas nacionales:

- **La combinación de políticas fiscales y campañas educativas (como en el caso de Reino Unido y Noruega)** puede ser efectiva para modificar hábitos alimenticios y reducir la obesidad. Aunque existe un impuesto a las bebidas azucaradas en Cataluña, no se ha implementado a nivel nacional con un enfoque explícito en equidad. Incorporar un impuesto de este tipo junto con medidas compensatorias, como subsidios a productos saludables, podría mejorar el acceso equitativo a la alimentación saludable.
- **Expansión de la cobertura de medicamentos para la obesidad en la sanidad pública (Estados Unidos, Reino Unido)**, siempre que sean medicamentos autorizados para obesidad y que hayan demostrado un perfil de riesgo beneficio favorable. En el sistema sanitario español, los medicamentos para la obesidad no están ampliamente financiados por la sanidad pública. La inclusión de estos tratamientos en la cartera de servicios del SNS podría mejorar la equidad en el acceso, especialmente

en grupos con mayor vulnerabilidad socioeconómica. Además, la incorporación de otros recursos terapéuticos como nutricionistas, psicólogos y especialistas en ejercicio físico, es igualmente relevante para aplicar un tratamiento integral de la obesidad.

- **Estrategias integradas en el ámbito educativo para la prevención de la obesidad infantil (Finlandia, Francia, Emiratos Árabes):** Aunque existen programas de alimentación saludable en los colegios, su implementación no es uniforme en todo el país. España podría adoptar una estrategia nacional que garantice la incorporación de educación nutricional y actividad física dentro del currículo escolar, con monitoreo continuo de su impacto en la obesidad infantil y hasta la población adulta.
- **Colaboraciones con instituciones internacionales para el desarrollo de estrategias avanzadas (Emiratos Árabes):** Aunque España cuenta con centros de referencia en investigación, la creación de acuerdos con instituciones internacionales, incluyendo sociedades científicas, podría fortalecer la transferencia de conocimientos y la innovación en tratamientos para la obesidad.
- **Enfoques comunitarios y urbanos para promover estilos de vida saludables (Estados Unidos, Suecia):** Si bien hay iniciativas municipales que promueven la actividad física, un plan nacional de urbanismo saludable que incluya incentivos para la creación de infraestructuras accesibles en todas las comunidades autónomas podría ser una medida efectiva para reducir las desigualdades en el acceso a la actividad física.
- **Programas innovadores de incentivos para la pérdida de peso (Emiratos Árabes):** España podría explorar programas piloto en los que se ofrezcan incentivos a personas con obesidad que adopten hábitos saludables, no necesariamente económicos, sino a través de descuentos en servicios de salud o transporte público.
- **Disposiciones y proyectos de ley para que se reconozca la obesidad como una enfermedad crónica, y lograr establecer una política nacional de abordaje integral de la obesidad (Italia).** España,

que tiene iniciativas de este tipo (la Alianza por la Obesidad ha reclamado precisamente una estrategia de abordaje integral de la obesidad a nivel nacional), podría seguir el ejemplo de Italia, y financiar campañas educativas, acceso a tratamiento y promoción de hábitos saludables, además del observatorio de datos de obesidad.

- **El estigma asociado a la obesidad** representa una barrera transversal en todos los ámbitos: sanitario, educativo, laboral, social y familiar. Este estigma, internalizado o ejercido desde las instituciones, puede dificultar el diagnóstico y tratamiento adecuado, deteriorar la salud mental, y perpetuar conductas no saludables. Abordar el estigma con un enfoque libre de juicios y basado en la dignidad es clave para avanzar hacia políticas más inclusivas y efectivas (Bray et al., 2017; Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), 2024).

2. ANÁLISIS DEL DISCURSO DEL GRUPO FOCAL: LA HOJA DE RUTA PARA ACABAR CON LAS DESIGUALDADES DE LA OBESIDAD

Las aportaciones recogidas en este grupo focal reafirman que la obesidad no puede abordarse únicamente como una cuestión individual o biomédica, sino como un fenómeno profundamente influido por determinantes sociales, económicos, culturales y estructurales.

Las voces expertas coinciden en que es imprescindible avanzar hacia una respuesta sistémica e intersectorial, que combine medidas normativas, intervenciones comunitarias, fortalecimiento del sistema sanitario y una comunicación adaptada a la diversidad social. Asimismo, se subraya la necesidad de integrar la dimensión emocional y psicológica del problema y combatir de forma decidida el estigma que rodea a las personas con obesidad.

El reconocimiento legal de la obesidad como enfermedad crónica, la creación de una Estrategia Nacional integral, la mejora de la Atención Primaria y comunitaria, la formación del personal sanitario y el rediseño de entornos urbanos y alimentarios son algunas de las líneas de actuación más destacadas. Además, la innovación tecnológica y la participación de pacientes y colectivos sociales

se perfilan como elementos clave para asegurar una atención personalizada, eficaz y equitativa.

Las acciones propuestas, sustentadas en ejemplos reales y experiencias concretas, ofrecen una Hoja de Ruta para transformar el abordaje de la obesidad en España, desde una perspectiva de salud pública, justicia social y eficiencia del sistema.

Se han identificado acciones para cada uno de los **cinco ejes prioritarios** para el abordaje de los determinantes sociales de la obesidad:

1. Enfoque estructural y político.
2. Fortalecimiento del sistema de salud y atención integral.
3. Educación, comunicación y cambio cultural.
4. Entornos y determinantes contextuales.
5. Innovación, tecnología e investigación.

A continuación, se propone la **Hoja de Ruta** para abordar el desigual peso de la obesidad.

3. HOJA DE RUTA PARA ACABAR CON LAS DESIGUALDADES DE LA OBESIDAD

1. Acciones necesarias para un **enfoque estructural y político**.
 - Reconocimiento legal de la obesidad como enfermedad crónica.
 - Desarrollo de una Estrategia Nacional de Atención Integral a la Obesidad.
 - Evaluación de impacto en salud de todas las políticas públicas.
 - Promoción de “Salud en todas las políticas” con enfoque intersectorial (sanidad, educación, economía, urbanismo).
 - Desarrollo de políticas específicas para infancia y adolescencia (comedores escolares, primera infancia, lactancia materna).

2. Acciones necesarias para el fortalecimiento del sistema de salud y atención integral.

- Creación de unidades multidisciplinarias de atención a la obesidad (AP, psicología, nutrición, endocrinología, farmacia comunitaria).
- Desarrollo de rutas asistenciales y coordinación entre niveles y actores.
- Impulso de la salud comunitaria desde AP, con talleres, grupos y uso de activos de la comunidad.
- Campañas de detección precoz en AP y mejora del registro de datos clínicos (IMC, perímetro abdominal). Incorporar salud mental y apoyo psicológico en todos los tratamientos.
- Incluir estudios de composición corporal y seguimiento personalizado.
- Reconocimiento legal de la obesidad como enfermedad crónica y, por tanto, como problema de salud pública y bien público a proteger, lo que hace que la forma más eficiente de financiación sea mediante recursos públicos.

3. Acciones de educación, comunicación y cambio cultural.

- Programas de educación para la salud desde infancia en centros educativos.
- Formación pregrado en obesidad en titulaciones sanitarias.
- Campañas masivas de concienciación y reducción del estigma.
- Adaptar los mensajes a diferentes grupos sociales (no solo informar, sino motivar, capacitar y acompañar).
- Utilizar redes sociales e IA con rigor, guiando a la población a fuentes fiables.

4. Acciones para lograr entornos saludables y determinantes contextuales.

- Urbanismo saludable: planificación urbana que fomente transporte público y activo, parques accesibles, seguridad vial.

- Etiquetado frontal claro, impuesto a bebidas azucaradas y subvenciones a alimentos saludables.
- Lucha contra los determinantes comerciales (regulación de publicidad, vending saludable).
- Impulso a la cultura alimentaria local y equitativa.
- Programas comunitarios en entorno rural (como “Escuelas rurales de salud”).

5. Acciones para la **innovación, tecnología e investigación**.

- Aprovechar IA, telemedicina y dispositivos de seguimiento remoto (eConsulta, sensores, apps).
- Promover la investigación en medicina personalizada y farmacológica.
- Desarrollar guías y protocolos adaptados a tipos de obesidad (ej. GIRO). Estudios de coste-efectividad de intervenciones.
- Participación de profesionales de la sanidad, comunicación, pacientes y psicólogos en diseño de políticas.

4. IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para abordar las desigualdades en la obesidad, es necesario implementar políticas públicas que promuevan la salud y el bienestar en todos los niveles socioeconómicos. Esto incluye el fomento de la actividad física, el acceso a alimentos saludables y la educación en salud. Las políticas deben ser adaptadas a las realidades locales y dirigidas a los grupos más vulnerables, como niños y adultos de comunidades desfavorecidas (Arrospide et al., 2019; Díaz-Méndez et al., 2022).

El abordaje institucional de la obesidad en España carece aún de una coordinación nacional clara. Aunque existen planes y estrategias en algunas comunidades autónomas, persisten desigualdades significativas en el acceso a servicios, recursos y programas preventivos. Es imprescindible establecer una política nacional coherente y vinculante que promueva la equidad territorial y facilite la implementación homogénea de intervenciones eficaces (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012; Urtaran-Laresgoiti et al., 2023).

El desarrollo de estrategias para abordar la obesidad requiere acompañarse de evaluaciones rigurosas de impacto y coste-efectividad. La toma de decisiones basada en evidencia debe integrar análisis comparativos que valoren el coste-oportunidad de las políticas públicas implementadas, en relación con otras intervenciones preventivas y sanitarias. Esto incluye la evaluación de programas escolares, subvenciones a productos saludables, o la efectividad de impuestos sobre bebidas azucaradas. Estudios internacionales han demostrado que las políticas fiscales bien diseñadas pueden generar ahorros netos a medio plazo, además de contribuir a la equidad en salud (Hernández et al., 2019; Rogers et al., 2023). Incorporar evaluaciones sistemáticas en el ciclo de diseño e implementación de políticas favorecería su sostenibilidad y adaptación contextual.

La Atención Primaria y la salud comunitaria representan pilares esenciales en la respuesta a la obesidad desde una perspectiva de salud pública. Sin embargo, su potencial no está siendo plenamente aprovechado. Es necesario reforzar el papel activo de los equipos de Atención Primaria en la detección precoz, seguimiento y derivación de pacientes con obesidad, así como su vinculación con servicios de salud mental, trabajo social y nutrición. Además, la salud comunitaria debe actuar como puente entre los dispositivos clínicos y el entorno social del paciente, articulando intervenciones en colaboración con escuelas, asociaciones vecinales y servicios sociales. La integración de estrategias locales con enfoque territorializado permitiría una mejor respuesta a las desigualdades sociales vinculadas a la obesidad (Urtaran-Laresgoiti et al., 2023).

5. ÁREAS CLAVE PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Un área clave para futuras investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud y su impacto en la obesidad es el papel de la **precariedad laboral y la inseguridad económica** sobre los hábitos alimentarios y la actividad física, así como la relación entre la **precariedad laboral y el estrés** y otros problemas de salud mental. Aunque se han estudiado ampliamente la educación y el nivel socioeconómico, se ha prestado menos atención a cómo los cambios en la estabilidad laboral, los contratos temporales o el trabajo por turnos afectan la calidad de la dieta y los niveles de sedentarismo. Asimismo, la **urbanización y la gentrificación** emergen como factores relevantes, ya que pueden modificar el acceso a alimentos saludables y espacios para la actividad física, generando

nuevos patrones de desigualdad en la obesidad. Otra línea de investigación poco explorada es **el impacto de la exposición temprana a la contaminación ambiental** y disruptores endocrinos en el desarrollo de obesidad infantil, lo que sugiere una relación compleja entre el entorno físico y la salud metabólica. Además, el rol de la **salud mental y el estrés crónico**, particularmente en comunidades vulnerables, necesita una mayor profundización, ya que la inseguridad alimentaria y la discriminación pueden estar directamente relacionadas con patrones de alimentación poco saludables. Explorar estas áreas permitirá un enfoque más integral y efectivo en la lucha contra la obesidad, abordando no sólo el acceso a la alimentación saludable sino también las estructuras sociales y ambientales que condicionan las decisiones individuales.

Las razones por las cuales estas áreas han sido poco exploradas en la investigación sobre los DSS y la obesidad son diversas. En primer lugar, existe un enfoque predominante en factores individuales y biomédicos, lo que ha llevado a priorizar estudios sobre la genética, el metabolismo y el comportamiento alimentario, dejando en segundo plano la influencia de estructuras sociales más amplias. Además, la dificultad para medir con precisión ciertos determinantes sociales, como la precariedad laboral (Rodríguez-Jaramillo, 2018), el impacto de la urbanización (Eijkemans et al., 2024) o los problemas de salud mental (Maynou et al., 2021), ha limitado su inclusión en estudios epidemiológicos. La falta de datos longitudinales y multidisciplinarios también ha dificultado el análisis de estas variables en relación con la obesidad. Por otro lado, la investigación en salud pública a menudo depende de financiamiento gubernamental o de la industria, lo que puede generar un sesgo en las prioridades de estudio, favoreciendo enfoques más convencionales o comercialmente viables, como la nutrición y la farmacología, en lugar de aquellos que desafían estructuras económicas y políticas establecidas. Para avanzar en estas áreas, es fundamental un cambio en la agenda de investigación que fomente metodologías más holísticas y colaborativas.

Otra dimensión que requiere mayor atención es la influencia de la edad (el edadismo) sobre la obesidad. Tanto las personas mayores como las jóvenes pueden enfrentarse a formas específicas de exclusión en el acceso a intervenciones preventivas y de tratamiento. Las estrategias actuales no siempre contemplan las particularidades metabólicas, sociales y psicológicas que atraviesan estas franjas etarias. Es fundamental integrar enfoques de edad y ciclo

de vida en el diseño de políticas de salud (López-González et al., 2015; Maynou et al., 2021) clase social, edad, sexo, altura, peso, tabaquismo, presión arterial, perfil lipídico, niveles de glucosa. El riesgo cardiovascular se calculó utilizando dos ecuaciones diferentes.

6. LIMITACIONES

A pesar del rigor aplicado en el análisis del contexto internacional y nacional sobre las estrategias y acciones para abordar la obesidad y sus desigualdades sociales asociadas a la obesidad, este informe presenta ciertas limitaciones inherentes a la metodología utilizada.

En primer lugar, la revisión realizada no ha seguido un enfoque sistemático, lo que implica que la selección de fuentes y estudios puede no haber abarcado de manera exhaustiva toda la evidencia disponible en la literatura científica y en las políticas públicas. Aunque se han considerado múltiples referencias de alto impacto y documentos estratégicos de organismos nacionales e internacionales, la ausencia de un protocolo sistemático de revisión puede haber llevado a sesgos en la identificación de iniciativas y en la comparación de su efectividad. Asimismo, la variabilidad en la disponibilidad y accesibilidad de datos entre los diferentes países analizados puede haber condicionado la profundidad del análisis en determinados contextos.

La complementariedad de la revisión documental con un grupo focal de expertos aporta una visión cualitativa valiosa, pero presenta limitaciones en términos de representatividad y alcance. La selección de expertos, aunque fundamentada en criterios de conocimiento y experiencia en obesidad y desigualdades en salud, puede haber introducido sesgos relacionados con sus áreas de especialización o perspectivas particulares. Si bien el grupo focal ha permitido profundizar en el análisis de los determinantes estructurales y contextuales de la obesidad, así como en la identificación de barreras y oportunidades de mejora, la naturaleza cualitativa de esta metodología impide una generalización completa de los hallazgos. En este sentido, futuras investigaciones podrían beneficiarse de una combinación de enfoques metodológicos más robustos, como revisiones sistemáticas y estudios cuantitativos complementarios, que permitan evaluar de manera más precisa el impacto de las estrategias analizadas y su aplicabilidad en distintos entornos socioeconómicos y culturales.

7. CONTRIBUCIÓN PRINCIPAL DE ESTE INFORME

Este informe ha servido para profundizar en el estudio de los determinantes sociales de la obesidad, especialmente aquellos relacionados con las desigualdades sociales. Con la propuesta de una serie de intervenciones a implementar en España, en forma de Hoja de Ruta, este informe quiere destacar la importancia de investigar la eficacia de intervenciones comunitarias y políticas públicas orientadas a modificar entornos obesogénicos, así como evaluar programas educativos que promuevan hábitos de vida saludables desde edades tempranas y hasta la edad adulta.

Reconocer legalmente la obesidad como una enfermedad crónica y multifactorial constituye un paso clave para garantizar una respuesta estructural desde el sistema sanitario. Este reconocimiento permite no solo combatir el estigma, sino también articular una atención continuada, interdisciplinar y centrada en el paciente. Tal como ya ocurre en países como Italia, el reconocimiento normativo favorece el acceso a tratamientos financiados, la asignación de recursos específicos y el desarrollo de una política nacional coordinada que integre prevención, diagnóstico y tratamiento a lo largo del curso de vida (Bray et al., 2017; Nowicka et al., 2024). En España, el trabajo de la Alianza por la Obesidad ha sido clave en esta reivindicación, proponiendo la inclusión de la obesidad en la cartera de servicios del SNS con enfoque de equidad y sin estigmas.

6

EPÍLOGO

La obesidad representa uno de los mayores desafíos de salud pública de nuestra era. La falta de éxito de las incontables medidas establecidas desde hace décadas para prevenir la obesidad, de manera especial la infantil, pone de manifiesto la complejidad del problema que, además, se considera origen de numerosas enfermedades y complicaciones de salud. Por ello, recientemente vemos que cada vez hay más voces que reclaman una visión integral, colaborativa y sostenida en el tiempo.

Este informe, elaborado por la Fundación Gaspar Casal con la colaboración de Lilly, pone el foco en la profunda influencia que los determinantes sociales tienen tanto en su prevalencia, como en su evolución. Los datos, análisis y reflexiones aquí presentados nos recuerdan que la obesidad es una cuestión médica que trasciende lo sanitario invadiendo las esferas sociales, económicas y culturales, por lo que requiere respuestas estructurales y políticas audaces e innovadoras.

Como compañía médica comprometida con la salud y el bienestar de la sociedad, creemos firmemente en la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención que reconozca la obesidad como una enfermedad crónica y multifactorial, libre de estigmas y centrada en la persona. La hoja de ruta propuesta en este informe, señala acciones prioritarias para transformar el abordaje de la

obesidad en España, desde el fortalecimiento del sistema sanitario y la promoción de entornos saludables, hasta la innovación tecnológica y la investigación colaborativa.

Es necesario que todos los actores implicados —administraciones públicas, profesionales sanitarios, industria, asociaciones de pacientes y sociedad civil— trabajemos de manera coordinada para reducir las desigualdades y garantizar que cada persona, con independencia de su contexto socioeconómico, tenga acceso a oportunidades reales para una vida saludable.

Desde Lilly, reiteramos nuestro compromiso con la investigación y el desarrollo de soluciones innovadoras, al tiempo que recordamos nuestro compromiso de colaboración intersectorial para contribuir a una respuesta eficaz frente a la obesidad. En esta línea, invitamos a todos los agentes a sumar esfuerzos, compartir conocimiento y facilitar este abordaje efectivo. Solo así podremos avanzar hacia un futuro en el que la salud sea un derecho accesible para todos, sin barreras ni desigualdades.

Teresa Millán Rusillo
Directora de Asuntos Corporativos en Lilly

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo), & Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil (Presidencia de Gobierno). (2022). *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*. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Obesidad_Pobreza.pdf
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030). (2023). *Estudio ALADINO 2023: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España*. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ALADINO_AESAN.pdf
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo), & Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). (2023). *Estudio ENE-COVID: Situación ponderal de la población adulta en España. Informe*. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ENE_COVID_ADULTOS_FINAL.pdf
- Aranceta Bartrina, J., & Pérez Rodrigo, C. (2018). Inequality, health and nutrition in Spain: A regional view of the body mass index. *Nutricion Hospitalaria*, 35(Spec No5), 142-149. <https://doi.org/10.20960/nh.2096>
- Arrospide, A., Machón, M., Ramos-Goñi, J. M., Ibarrondo, O., & Mar, J. (2019). Inequalities in health-related quality of life according to age, gender, educational level, social class, body mass index and chronic diseases using the Spanish value set for Euroqol 5D-5L questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1134-9>

- Ayala, G. X., Monge-Rojas, R., King, A. C., Hunter, R., & Berge, J. M. (2021). Entorno social y obesidad infantil: Implicaciones para la investigación y la práctica en Estados Unidos y en los países latinoamericanos. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22(Suppl 5), e13350. <https://doi.org/10.1111/obr.13350>
- Baez, A. S., Ortiz-Whittingham, L. R., Tarfa, H., Baah, F. O., Thompson, K., Baumer, Y., & Powell-Wiley, T. M. (2023). Social Determinants of Health, Health Disparities, and Adiposity. *Progress in cardiovascular diseases*, 78, 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.04.011>
- Bixby, H., Benthall, J., Zhou, B., Di Cesare, M., Paciorek, C. J., Bennett, J. E., Taddei, C., Stevens, G. A., Rodriguez-Martinez, A., Carrillo-Larco, R. M., Khang, Y.-H., Sorrić, M., Gregg, E. W., Miranda, J. J., Bhutta, Z. A., Savin, S., Sophiea, M. K., Iurilli, M. L. C., Solomon, B. D., ... NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2019). Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature*, 569(7755), 260-264. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1171-x>
- Bray, G. A., Kim, K. K., Wilding, J. P. H., & World Obesity Federation. (2017). Obesity: A chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18(7), 715-723. <https://doi.org/10.1111/obr.12551>
- Bryce-Monclosa, A., Alegría-Valdivia, E., & San Martín-San Martín, M. G. (2017). Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 202-206. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13218>
- Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung. (s. f.). *English Version*. IN FORM. Recuperado 19 de febrero de 2025, de <https://www.in-form.de/in-form/english-version>
- Busetto, L., Dicker, D., Frühbeck, G., Halford, J. C. G., Sbraccia, P., Yumuk, V., & Goossens, G. H. (2024). A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *Nature Medicine*, 30(9), 2395-2399. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03095-3>
- Carmona-Rosado, L., & Zapata-Moya, Á. R. (2022). The preventive efforts of the Spanish autonomous regions and socio-economic inequality in childhood obesity or overweight. *Gaceta Sanitaria*, 36(3), 214-220. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.08.004>
- Cereijo, L., Gullón, P., Del Cura, I., Valadés, D., Bilal, U., Badland, H., & Franco, M. (2022). Exercise facilities and the prevalence of obesity and type 2 diabetes in the city of Madrid. *Diabetologia*, 65(1), 150-158. <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05582-5>
- Children's Hospital of Philadelphia. (s. f.). *Health and Well-being Clinic | Children's Hospital of Philadelphia*. Recuperado 27 de febrero de 2025, de <https://www.chop.edu/centers-programs/health-well-being-clinic>

- Christopher, G., Fleming, D., Harris, R. T., Spencer, T., Gibson, S. M., Harris, C. M., Lakey, D., & Jr, O. M. (2021). *The State of obesity: Better Policies for a Healthier America. Special feature: COVID-19, Social Determinants of Health, and Obesity*. https://www.tfah.org/wp-content/uploads/2021/09/2021ObesityReport_Fnl.pdf
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
- Correa, N., Murray, N., Mei, C., Baun, W., Gor, B., & Hare, N. (2010). *CAN DO Houston: Un enfoque comunitario para prevenir la obesidad infantil*. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/09_0184_es.htm
- Czajkowski, S. M. (2016). NIH Update: Translating Basic Behavioral Science into New Pediatric Obesity Interventions. *Pediatric clinics of North America*, 63(3), 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.02.009>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Department of Health and Social Care. United Kingdom. (2020). *Tackling obesity: Empowering adults and children to live healthier lives*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/tackling-obesity-government-strategy/tackling-obesity-empowering-adults-and-children-to-live-healthier-lives>
- Diariofarma. (2025, marzo 4). *La industria llama a una acción conjunta para frenar el ascenso de la obesidad en la UE | @diariofarma*. diariofarma. <https://diariofarma.com/2025/03/04/la-industria-llama-a-una-accion-conjunta-para-frenar-el-ascenso-de-la-obesidad-en-la-ue>
- Díaz-Méndez, C., Otero-Estévez, S., & Sánchez-Sánchez, S. (2022). Are Spanish Surveys Ready to Detect the Social Factors of Obesity? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11156. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811156>
- Draper, C. E., Grobler, L., Micklesfield, L. K., & Norris, S. A. (2015). Impact of social norms and social support on diet, physical activity and sedentary behaviour of adolescents: A scoping review. *Child: Care, Health and Development*, 41(5), 654-667. <https://doi.org/10.1111/cch.12241>
- Drewnowski, A., & Specter, S. (2004). Poverty and obesity: The role of energy density and energy costs. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(1), 6-16. <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6>
- Eijkemans, M., Mommers, M., Harskamp-van Ginkel, M. W., Vrijkotte, T. G. M., Ludvigsson, J., Faresjö, Å., Bergström, A., Ekström, S., Grote, V., Koletzko, B., Bønnelykke,

- K., Eliassen, A. U., Bager, P., Melbye, M., Annesi-Maesano, I., Baiz, N., Barros, H., Santos, A. C., Duijts, L., ... Thijs, C. (2024). Physical activity, sedentary behaviour, and childhood asthma: A European collaborative analysis. *BMJ Open Respiratory Research*, 11(1), e001630. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2023-001630>
- El Correo del Golfo. (2022). *Emiratos desarrollará un plan para combatir la obesidad en niños y adolescentes*. https://www.elcorreo.ae/articulo/salud/emiratos-desarrollara-plan-combatir-obesidad-ninos-adolescentes/20220407125104145363.html?utm_source=chatgpt.com
- El País. (2024, diciembre 4). *Biden quiere financiar los fármacos contra la obesidad, que afecta al 45 % de los latinos*. El País. <https://elpais.com/us/2024-12-04/biden-quiere-financiar-los-farmacos-contra-la-obesidad-que-afecta-al-45-de-los-latinos.html>
- Encuentro en la XXIX Escola de Salut Pública de Menorca. (2018). *Determinantes sociales de la obesidad: ¿Qué nos pasa?* <https://www.bing.com/ck/a?!&p=72f3f1fb21e495218461c944914ef89a658566de5813cd54b0fe47592adc6a75JmItdHM-9MTc0MDYxNDQwMA&p=3&ver=2&hsh=4&fclid=201103d5-3611-625a-2efb-125e373a6397&psq=Las+personas+con+obesidad+en+entornos+socioeconómicos+desfavorecidos+pueden+enfrentar+barreras+para+acceder+a+servicios+de+salud+de+calidad%2c+lo+que+dificulta+el+diagnóstico+y+tratamiento+oportuno+de+enfermedades+crónicas+asociadas%2c+como+la+diabetes+tipo+2+y+las+enfermedades+cardiovasculares.&u=a1aHR-0cHM6Ly93d3cuc2VIZG8uZXNmvaW1hZ2VzL3NpdGUvSW5mb3JtZSUyMG9i-ZXNpZGFkJTlwKDEpLnBkZg&ntb=1>
- EUFIC - European Food Information Council. (2025, febrero 6). *EU-backed projects join forces to tackle obesity crisis*. News-Medical. <https://www.news-medical.net/news/20250206/EU-backed-projects-join-forces-to-tackle-obesity-crisis.aspx>
- European Commission. Education, Audiovisual and Culture Executive Agency. & Eurydice (Brussels, Belgium). (2013). *La educación física y el deporte en los centros escolares de Europa*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2797/30570>
- European Union. (2007). *Alimentación, sobrepeso y obesidad: Estrategia de la Unión Europea* | EUR-Lex. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=legissum:c11542c>
- Finnish Institute for Health and Welfare. (2023, diciembre 7). *Health promotion and obesity prevention programmes—THL*. Finnish Institute for Health and Welfare (THL), Finland. <https://thl.fi/en/research-and-development/research-and-projects/promoting-healthy-weight-in-children-promokids-ending-childhood-obesity-in-the-nordic-countries/prevention-of-childhood-obesity-in-the-nordic-countries/obesity-prevention-programmes>

- Gallego, A., Olivares-Arancibia, J., Yáñez-Sepúlveda, R., Gutiérrez-Espinoza, H., & López-Gil, J. F. (2024). Socioeconomic Status and Rate of Poverty in Overweight and Obesity among Spanish Children and Adolescents. *Children (Basel, Switzerland)*, 11(8), 1020. <https://doi.org/10.3390/children11081020>
- Gámez-López, A. L., Bonilla-Palomas, J. L., Anguita-Sánchez, M., Castillo-Dominguez, J. C., García-Fuertes, D., Crespín-Crespín, M., López-Granados, A., Arizón del Prado, J. M., & Suárez De Lezo, J. (2011). Influencia pronóstica del índice de masa corporal y su relación con la composición corporal en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Cardiocyte*, 46(3), 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.carcor.2010.06.010>
- García-Solano, M., Gutiérrez-González, E., López-Sobaler, A. M., Ruiz-Álvarez, M., Bermejo López, L. M., Aparicio, A., García-López, M. A., Yusta-Boyo, M. J., Robledo de Dios, T., Villar Villalba, C., Dal Re Saavedra, M. Á., García-Solano, M., Gutiérrez-González, E., López-Sobaler, A. M., Ruiz-Álvarez, M., Bermejo López, L. M., Aparicio, A., García-López, M. A., Yusta-Boyo, M. J., ... Dal Re Saavedra, M. Á. (2021). Situación ponderal de la población escolar de 6 a 9 años en España: Resultados del estudio ALADINO 2019. *Nutrición Hospitalaria*, 38(5), 943-953. <https://doi.org/10.20960/nh.03618>
- GBD 2021 Diabetes Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet (London, England)*, 402(10397), 203-234. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01301-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01301-6)
- GBD 2021 Risk Factors Collaborators. (2024). Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet (London, England)*, 403(10440), 2162-2203. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00933-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00933-4)
- Gobierno de España. (2022). *Plan Estratégico para la reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030)*. https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/2023-01/Plan_obesidad_Resumen_DIGITAL_OK_LOW_RES_octubre2022.pdf
- González Jiménez, E., Aguilar Cordero, M. a J., García García, C. J., García López, P., Álvarez Ferre, J., Padilla López, C. A., & Ocete Hita, E. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 177-184. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112012000100021&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
- Goñi-Sarriés, A., Pérez, G., Yáñez-Goñi, N., Lahortiga-Ramos, F., Iruin, Á., Díez-Suárez, A., Zorrilla, I., Morata-Sampaio, L., Oliver, M. J., González-Pinto, A., & Sánchez-Villegas, A. (2024). SESSAMO, follow-up of secondary students to assess mental

- health and obesity: A cohort study. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102385. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102385>
- Gualdi-Russo, E., Rinaldo, N., & Zaccagni, L. (2022). Physical Activity and Body Image Perception in Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), Article 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013190>
- Gullón, P., Díez, J., Cainzos-Achirica, M., Franco, M., & Bilal, U. (2022). Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 35, 326-332. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.014>
- Hernández, Á., Zomeño, M. D., Dégano, I. R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., Civeira, F., Moure, R., & Marrugat, J. (2019). Exceso de peso en España: Situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Cardiología*, 72(11), 916-924. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.009>
- Hernández-Aguado, I., Santaolaya Cesteros, M., & Campos Esteban, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>
- Hernández-Yumar, A., Abásolo Alessón, I., & González López-Valcárcel, B. (2019). Economic crisis and obesity in the Canary Islands: An exploratory study through the relationship between body mass index and educational level. *BMC Public Health*, 19(1), 1755. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8098-x>
- Jin, X., Qiu, T., Li, L., Yu, R., Chen, X., Li, C., Proud, C. G., & Jiang, T. (2023). Pathophysiology of obesity and its associated diseases. *Acta Pharmaceutica Sinica B*, 13(6), 2403-2424. <https://doi.org/10.1016/j.apsb.2023.01.012>
- Kapoor, E., Faubion, S. S., & Kling, J. M. (2019). Obesity Update in Women. *Journal of Women's Health*, 28(12), 1601-1605. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8041>
- King, J. K., Sheek-Hussein, M., Nagelkerke, N. J. D., Kieu, A., Al-Shamsi, S., Nauman, J., Hoque, N., Govender, R. D., ElBarazi, I., & Crawford, K. (2023). Emirates Heart Health Project (EHHP): A protocol for a stepped-wedge family-cluster randomized-controlled trial of a health-coach guided diet and exercise intervention to reduce weight and cardiovascular risk in overweight and obese UAE nationals. *PLOS ONE*, 18(4), e0282502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282502>
- Lecube, A., Azriel, S., Barreiro, E., Blay, G., Carretero-Gómez, J., Ciudin, A., Fernández, J.M., Flores, L., de Hollanda, A., Martínez, E., Miñambres, I., Moize, V., Morales, C., Ramírez, V., Salvador, J., Soler, M.J., Supervía, M., Valentí, V., Vicente-Rodríguez, G., Vilarrasa, N., & Malagón, M.M. (2025). The Spanish GIRO guideline: a paradigm shift in the management of obesity in adults. *Obesity Facts*, 18(4), 375-387. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12055014/pdf/ofa-2025-0000-0000-544880.pdf>

- López-González, Á. A., Bennasar-Veny, M., Tauler, P., Aguilo, A., Tomàs-Salvà, M., & Yáñez, A. (2015). Socioeconomic inequalities and age and gender differences in cardiovascular risk factors. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.004>
- Mahmood, L., Flores-Barrantes, P., Moreno, L. A., Manios, Y., & Gonzalez-Gil, E. M. (2021). The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*, 13(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/nu13041138>
- Malik, S., Guha, A., Wang, X., Weintraub, N. L., Harris, R., Datta, B., Moore, J., Nain, P., Patel, S. A., Coughlin, S., Polter, E., Prizment, A., Blaes, A., Florido, R., Kutty, S., Alonso, A., Joshu, C. E., & Platz, E. A. (2024). Association Between Obesity and Risk of Total and Obesity-Related Cancer in People With Incident Cardiovascular Disease. *Journal of the American Heart Association*, 13(17), e034438. <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.034438>
- Marí-Dell'Olmo, M., Gotsens, M., Pasarín, M. I., Rodríguez-Sanz, M., Artazcoz, L., García de Olalla, P., Rius, C., & Borrell, C. (2021). Socioeconomic Inequalities in COVID-19 in a European Urban Area: Two Waves, Two Patterns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1256. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031256>
- Martínez-Vizcaíno, V., Fernández-Rodríguez, R., Reina-Gutiérrez, S., Rodríguez-Gutiérrez, E., Garrido-Miguel, M., Núñez de Arenas-Arroyo, S., & Torres-Costoso, A. (2024). Physical activity is associated with lower mortality in adults with obesity: A systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 1867. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19383-z>
- Martín-Rodríguez, M., Barriopedro-Moro, M. I., & Espada-Mateos, M. (2022). Influencia de la edad, la maternidad y el empleo en las barreras para la práctica de actividad física y deporte de las mujeres adultas en España (Influence of age, maternity and employment in barriers to practicing physical activity and sport for Spanish. *Retos*, 44, 667-675. <https://doi.org/10.47197/retos.v44i0.88076>
- Maynou, L., Hernández-Pizarro, H. M., & Errea Rodríguez, M. (2021). The Association of Physical (in)Activity with Mental Health. Differences between Elder and Younger Populations: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094771>
- Millán-de-Meer, M., Luque-Ramírez, M., Nattero-Chávez, L., & Escobar-Morreale, H. F. (2023). PCOS during the menopausal transition and after menopause: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 29(6), 741-772. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmad015>
- Norwegian Ministries. (2017). *Norwegian National Action Plan for a Healthier Diet – an outline. Healthy diet, meal enjoyment and good health for everyone!* <https://www.>

- regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/norwegian_national_action_plan_for_a_healthier_diet_an_outline.pdf
- Nowicka, P., Sjögren, L., Bertilsson, A.-S., Järvholm, K., Sellberg, F., Sundbom, M., Thälén, L., & Trolle Lagerros, Y. (2024). Systematic Development of National Guidelines for Obesity Care: The Swedish Approach. *Obesity Facts*, 17(2), 183-190. <https://doi.org/10.1159/000536320>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *WHO acceleration plan to stop obesity*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ea789198-6336-45e3-adfd-7abb4b147b69/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*. [https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-\(cosi\)](https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi))
- Quintero, J., Félix Alcántara, M. P., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco Soriano, R., Barbudo, E., Silveria, B., Pérez-Templado Ladrón de Guevara, J., Quintero, J., Félix Alcántara, M. P., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco Soriano, R., Barbudo, E., Silveria, B., & Pérez-Templado Ladrón de Guevara, J. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud mental*, 39(3), 123-130. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.010>
- Rodriguez-Alvarez, E., Lanborena, N., & Borrell, L. N. (2018). Obesity Inequalities According to Place of Birth: The Role of Education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1620. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081620>
- Rodríguez-Caro, A., Vallejo-Torres, L., & Lopez-Valcarcel, B. (2016). Unconditional quantile regressions to determine the social gradient of obesity in Spain 1993-2014. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0454-1>
- Rodríguez-Jaramillo, N. (2018). *La medición de la precariedad laboral y su impacto en la salud mental de los trabajadores asalariados: Revisión sistemática 2007- 2018*.
- Rogers, N. T., Cummins, S., Forde, H., Jones, C. P., Mytton, O., Rutter, H., Sharp, S. J., Theis, D., White, M., & Adams, J. (2023). Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data. *PLOS Medicine*, 20(1), e1004160. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004160>
- Roussev, L. (2014). The WHO's CRASH DIET: The Role of Governments in the International Obesity Crisis and Why the Global Strategy Falls Short. *International Lawyer*, 48, 51. <https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/intlyr48&id=58&div=&collection=>

- Rubino, F., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Cohen, R. V., Wilding, J. P. H., Browne, W. A., et al. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(3), 221-262. [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(24\)00316-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(24)00316-4/abstract)
- Ruiz Álvarez, M., Aginagalde Llorente, A. H., & Llano Señaris, J. E. del. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): Una revisión exploratoria de la literatura. *Revista española de salud pública*, 96, 80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8620643>
- Santé Publique France, M. (s. f.). *Manger Bouger*. Manger Bouger. Recuperado 19 de febrero de 2025, de <https://www.mangerbouger.fr/>
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (1996). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Medicina Clínica*, 107(20), 782-787.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (2024). *Guía Española la GIRO. Guía española del manejo integral y multidisciplinar de la Obesidad en personas adultas. Versión 1.2*. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). https://www.seedo.es/images/images/site/SEEDO_Gua_GIRO_final_v12_16072024.pdf
- Temporelli, K. L., & Viego, V. (2016). Condicionantes socioeconómicos y obesidad en adultos: Evidencia basada en regresiones por cuantiles y datos de panel. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 516. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.35480>
- The Public Health Agency of Sweden. (2018, mayo 22). *Overweight and obesity*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/obesity/>
- Unión Europea. (2025). *Obesity: Biological, socioCultural, and environmental risk Trajectories*. <https://cordis.europa.eu/project/id/101080250/reporting/es>
- Urtaran-Laresgoiti, M., Nuño-Solinis, R., Señaris, J. E. D. L., & Franch, B. (2023). *Una mirada interdisciplinar a la obesidad en Euskadi: De dónde venimos y hacia dónde vamos*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11474.12484>
- Wardle, J., & Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(6), 440-443. <https://doi.org/10.1136/jech.57.6.440>
- Wilson, G. T. (2010). Eating disorders, obesity and addiction. *European Eating Disorders Review*, 18(5), 341-351. <https://doi.org/10.1002/erv.1048>
- World Obesity Federation. (2023). *World Obesity Atlas 2023*. https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf
- World Obesity Federation. (2024). *World Obesity Atlas 2024. Obesity and its consequences*. <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf>

Con la colaboración de:



Fundación
Gaspar Casal