

Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics

www.renhyd.org



EDITORIAL

Efecto de las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad Effect of social inequalities in the prevalence of obesity

Iva Marques-Lopes^{a,*}

^a Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte (Huesca), Universidad de Zaragoza, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: imarques@unizar.es (I. Marques-Lopes).

Recibido el 15 de julio de 2013; aceptado el 16 de julio de 2013.

El actual número de la RENHyD publica un interesante artículo –“Patrones sociales de la obesidad en España: Una revisión sistemática”– sobre la relación entre el nivel de educación y el grado de obesidad. Se observa de forma general que el nivel educativo se asocia inversamente con la probabilidad de padecer esta enfermedad metabólica y, al igual que en otros países, la tendencia se mantiene más en mujeres que en varones, donde los resultados son más contradictorios. A parte de estos resultados que confirman las conclusiones de otros estudios españoles y extranjeros, el artículo apunta varios aspectos muy interesantes como la existencia de estudios con metodología muy diferente, tanto en la obtención de datos como en su tratamiento estadístico, y la desigualdad entre regiones donde se llevan a cabo los trabajos.

Esto constituye un reflejo y pone de manifiesto la falta de coherencia y uniformidad existente en la forma en que se aborda el tema de la obesidad, especialmente en las políticas destinadas a la educación, prevención y tratamiento de esta enfermedad metabólica en las diferentes regiones.

Aprovechando el llamamiento que hacen los autores del citado artículo a que en España se consoliden vías de investigación similares, contrastadas, adecuadamente diseñadas y comparables para obtener resultados más concluyentes, en las siguientes líneas se realizan algunas

reflexiones sobre la obesidad y su evolución en España, así como de la situación que nos depara:

España es un país envejecido. La prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad, y se estima que en el año 2030 éstas supondrán el 70% de la carga mundial de morbilidad, y serán responsables del 80% de la mortalidad a nivel mundial¹. Entre dichas enfermedades crónicas se incluye y destaca la obesidad, considerada por la OMS como la epidemia del siglo XXI por su alto impacto en la morbilidad, calidad de vida y gasto sanitario².

Por un lado, la obesidad infantil, uno de los mejores predictores de la obesidad en el adulto, ha sufrido uno de los mayores aumentos en Europa, y aunque se tiende a la estabilización, sigue siendo muy elevada^{3,4}. Por otro lado, el efecto de las desigualdades sociales en la prevalencia de la enfermedad resulta una cuestión muy destacable. Mientras en los años 80 un estado socioeconómico bajo afectaba a la prevalencia de obesidad en las mujeres ligeramente por encima de la de los varones, dicha desproporción ha ido aumentando de forma exagerada en las últimas décadas. En el análisis de los datos del año 2006 se pudo observar claramente que, en las clases más desfavorecidas, el número de niñas, adolescentes y mujeres obesas, triplicaba el de los varones^{5,6}. Teniendo en cuenta la coyuntura económica actual, el panorama tampoco parece ser muy favorecedor, ya

que con mucha probabilidad la mayor parte del paro y de la precariedad laboral afecte más a las mujeres, lo que seguirá fomentando la desigualdad social y, en consecuencia, la prevalencia de obesidad en este género⁷.

Otra reflexión de máxima importancia es en relación a las políticas destinadas al control de la obesidad infantil. Desde los años 90 se han llevado a cabo algunos programas destinados a dicho grupo de edad. En la década actual se pusieron en marcha acciones nacionales como la conocida Estrategia NAOS⁸ que incluyó, entre otras muchas acciones, el Programa PERSEO. Paralelamente, algunas comunidades autónomas (CCAA) pusieron en marcha programas propios. También fueron y son numerosos los proyectos de investigación nacionales e internacionales destinados a este fin. Todavía es pronto para evaluar el esfuerzo y el impacto de dichos programas. Del mismo modo, los resultados de los proyectos de investigación también suelen tardar varios años en obtenerse, pero deben redundar en la mejora de las acciones políticas y no solamente en su publicación científica. Sin embargo, al no estar dichos programas vigilados por un ente coordinador, es probable que exista duplicidad de esfuerzos, y muy probablemente acciones de eficiencia reducida.

En 2011, la Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición⁹ incluyó medidas regulatorias para la prevención de la obesidad y promoción de una alimentación saludable, incluyendo la creación del "Observatorio de la Nutrición y del Estudio de la Obesidad"¹⁰, cuyo objetivo debe ser estudiar la situación y establecer políticas y programas de educación de promoción de actividad física y alimentación saludable. Pese a que del Programa ALADINO (Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad física, Desarrollo infantil y Obesidad en España), que emerge de dicho observatorio, ya hay datos suficientes para el establecimiento de políticas y acciones concretas, parece que estas no acaban de delinarse.

Si bien es cierto que con esta Ley se ha comenzado una nueva fase regulatoria, las medidas tomadas pueden ser insuficientes o excesivamente lentas para la evolución de dicha enfermedad. Las medidas nacionales han de ser refrendadas por las CCAA, que deben poner en marcha políticas y programas comunes y contrastados para potenciar la acción de los agentes implicados. Se necesitan además medidas complementarias que calen en el ámbito familiar y modifiquen profundamente sus estilos de vida.

En estos momentos en que el número de familias con falta de recursos y las desigualdades entre regiones siguen aumentando, si se confirmara que el estado socioeconómico es un factor determinante en la prevalencia de la obesidad, se necesitarían medidas urgentes que planteen el control de la situación de forma eficiente y duradera.

Por último, si a todo lo anterior se suma el hecho de que el Sistema Nacional de Salud español a diferencia de otros estados miembros, sigue sin incorporar a los dietistas-nutricionistas, cuyo efecto en la reducción del gasto sanitario está más que demostrado¹¹, el panorama resulta aún peor, especialmente para aquellas personas con menos ingresos que no puedan costearse un servicio privado.

Del mismo modo que los autores del artículo que se presenta en este número proponen estudios comunes, adecuadamente diseñados y comparables, en el momento actual de escasez de recursos se deberían centralizar los esfuerzos humanos y materiales, proponerse objetivos comunes, y ponerse de acuerdo políticos e investigadores para reconducir, de la forma más eficiente posible, la difícil situación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Samb B, Desai N, Nishtar S, Mendis S, Bekedam H, Wright A, et al., Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in lowincome and middle-income countries. *Lancet* 2010; 376(9754): 1785-97.
2. World Health Organization. Overweight and obesity. Geneva: WHO, 2006.
3. Valera G, Silvestre D. Introducción [Introduction]. In Varela G, Silvestre D (eds) *Obesidad en el S.XXI ¿qué se puede y se debe hacer?* [Obesity in the XXI century: what could and should be done?] International Marketing and Communication, 2009.
4. International Obesity Task Force. Datos disponibles en: http://www.iaso.org/site_media/uploads/Pre_Post_adolescent_children_IOTF_Europe.pdf <http://www.iaso.org/site_media/uploads/Pre_Post_adolescent_children_IOTF_Europe.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Spanish National Statistics Institute]. *Spanish National Health Survey 1987-2006*. Madrid: INE, 2011.
6. Costa-Font J, Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. Income inequalities in unhealthy life styles in England and Spain. *Econ Hum Biol.* 2013 Apr 8. DOI: pii: S1570-677X(13)00030-0. 10.1016/j.ehb.2013.03.003.
7. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C. The evolution of obesity in Spain. *Eurohealth.* 2012; 18 (1): 22-25.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]. Estrategia NAOS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/
9. Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad alimentaria y Nutrición. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 160, de 6 de julio de 2011, páginas 71283 a 71319
10. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AEAN). Observatorio de Nutrición y Estudio de la Obesidad. http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/documentos/estudio_ALADINO.pdf
11. Russolillo G, Baladia E, Moñino M, Colomer M, García M, Basulto J, et al. Incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud (SNS): Declaración de Postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN). *Act Diet.* 2009; 13(2): 62-69.