LIH 4990

Revisión de la Literatura y Reflexión

Título:

La situación de la obesidad en España

Nombre: Kylie Cronan

Fecha: 11 de abril 2025

Introducción

La obesidad es una epidemia creciente en muchos países del mundo hoy en día. Mientras que el término "sobrepeso" se refiere a depósitos excesivos de grasa, obesidad se refiere a una enfermedad crónica de depósitos excesivos que pueden llevar a otras condiciones médicas negativas. Para diagnosticar la obesidad, los profesionales médicos a menudo evalúan al paciente utilizando el índice de masa corporal o IMC. Esta calificación mide y divide el peso por la altura al cuadrado del paciente. Para los adultos, un IMC de 25-29 está considerado sobrepeso y un IMC de más de 30 es obeso, sin embargo, la interpretación de esta medida difiere según el género, la edad y el porcentaje de masa muscular versus la grasa corporal. Esta prueba de obesidad debe combinarse con una medición de la circunferencia de la cintura para una mayor precisión (World Health Organization [WHO], 2024).

Al nivel básico, es causada por un desequilibrio en la ingesta de energía y el gasto de energía. Puede ser un desequilibrio del estilo de vida con un paciente que consume alimentos densos en calorías mientras al mismo tiempo mantiene un estilo de vida sedentario. Cuando hay un exceso de la ingesta de calorías (energía), las calorías que el cuerpo no utiliza inmediatamente se convierten en grasa y se almacenan en el tejido adiposo. La obesidad puede ser causada por una combinación de los factores genéticos, ambientales, y habituales. La obesidad adulta en España es un problema de salud creciente, así que ¿cuáles son las influencias culturales, históricas y dietéticas de la obesidad en España y qué programas gubernamentales tienen como objetivo disminuir el riesgo y la prevalencia de la obesidad?

Factores ambientales

La geografía puede ser un factor influyente, con las comunidades rurales tienen mayor probabilidad de obesidad en comparación con áreas más urbanas. Puede ser atribuido a la mejor

distancia a los supermercados, centros de salud, o oportunidades recreacionales. La presencia de desiertos alimentarios ha demostrado una correlación con un aumento en el nivel de obesidad. El término “desierto alimentario” refiere a un área sin acceso fácil y asequible a alimentación nutricional o alimentación en general (Lee et.al, 2019). Sin acceso a alimentación nutricional, los ciudadanos de los desiertos alimentarios dependen de otras fuentes de alimentación como restaurantes de comida rápida. En las comunidades rurales de los Estados Unidos, muchas dependen de tiendas como “Dollar Tree” como fuente de alimentación, sin embargo, en estos lugares solo se venden comidas procesadas y empaquetadas, las cuales típicamente tienen un valor nutricional bajo.

Además de la accesibilidad de alimentación, la vida en una ciudad transitable fomenta un estilo de vida activo, que puede prevenir la obesidad (Lee et al., 2019). La capacidad de caminar entre destinos como casa y trabajo puede ser un factor prevenible de obesidad debido al aumento del gasto calórico en comparación a las maneras de transportación como coches individuales. Vivir en zonas rurales o suburbanas puede aumentar la dependencia de métodos de transporte en los que el ejercicio no es facilitado lo que puede ser un factor de riesgo aumentado para el desarrollo de la obesidad.

Según Autret y Beckelman (2024), el estatus socioeconómico ha demostrado una correlación con tasas de obesidad aumentadas, circunferencias de cintura más altas y un IMC más alto en las mujeres y los niños. Mientras esta correlación no es presente con los hombres, hay una correlación entre el estatus socioeconómico y circunferencia de la cintura (Autret & Bekelman, 2024). Esto puede atribuirse al hecho de que alimentos ricos en calorías, drogas, y alcohol, son más disponibles en barrios de bajos ingresos. También, viviendo en los barrios de bajos estatus socioeconómicos pueden aumentar los niveles de estrés y depresión, y “las personas

deprimidas, en comparación con las no deprimidas, tienen más probabilidades de adoptar un estilo de vida poco saludable, como una dieta poco saludable y ejercicio físico inadecuado, lo que puede resultar en un mayor riesgo de obesidad” (Mohammed et al., 2019).

Factores Genéticos

La obesidad puede ser genética. La obesidad monogénica se refiere al aumento de peso causado por una sola mutación genética. Generalmente, las mutaciones genéticas de este tipo de obesidad afectan vías de señalización de la leptina, una hormona que regula el peso corporal y el equilibrio energético. La obesidad poligénica está asociada con múltiples variaciones genéticas que afectan la capacidad del cuerpo para utilizar la energía almacenada en las células grasas. Además, la obesidad puede ser causada por el aumento de peso asociado con enfermedades genéticas. Este tipo de obesidad se llama “obesidad sindromática”, y pueden ser causada por afecciones como el síndrome de Prader-Willi y síndromes pleiotrópicos (Tirthani et al., 2023).

Factores Habituales

Hoy en día, hay un cambio hacia actividades de tiempo libre que no incluyen actividad física. Muchas personas optan por pasar su tiempo frente a la computadora, mirando televisión o jugando juegos en línea en lugar de incluir ejercicio en sus rutinas diarias. La falta de ejercicio es un contribuyente principal a la aumentación de las tasas de obesidad en todo el mundo. Según el Instituto Nacional de Salud [INS] (2022), los adultos necesitan 150 minutos de ejercicio físico por semana, y los niños necesitan 60 minutos. Sin embargo, esto es el mínimo cantidad de ejercicio por semana, y si uno mantiene una dieta poco saludable, no es suficiente.

Una dieta poco saludable puede aumentar el riesgo de la obesidad significativamente si no va acompañado de ejercicio adecuado. Algunos hábitos de alimentación malos son el consumo de demasiadas grasas saturadas, alimentos sobreprocesados, o dietas carentes de

nutrientes esenciales. A menudo, los malos hábitos se superponen (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2022). Por ejemplo, una dieta que consiste de muchos alimentos procesados usualmente carece de nutrientes porque el proceso de producción de los alimentos elimina algunos nutrientes del producto original. Un exceso de calorías en la dieta puede ser difícil de evitar. El concepto de “calorías ocultas” puede ser perjudicial para una persona que intenta evitar la obesidad. En la dieta, las calorías ocultas provienen de alimentos y bebidas que uno no esperaría que tuvieran un gran impacto calórico en la ingesta calórica diaria, pero en realidad son sorprendentemente densos en calorías. Alimentos con calorías ocultas incluyen condimentos, aceite de oliva, y queso, pero también bebidas como café con leche y azúcar, un elemento de la dieta diaria muchas no incluyen en su recuento de calorías. Según Stephanie Marino de Michigan State University, “consumir sólo 100 calorías adicionales al día puede suponer un aumento de peso de hasta 10 libras en un año” (Marino, 2018).

La historia de gastronomía española

La gastronomía de España ha estado fuertemente influenciada no sólo por la geografía de la región, sino también por la rica historia de las diferentes ocupaciones religiosas y culturales de la península Ibérica a través de miles de años. Cada religión, islam, cristianismo o judaísmo, tiene sus propias leyes religiosas respecto a los alimentos que se pueden o no comer y cuándo, y estas leyes influye la cultura de la gastronomía española actualmente. Independientemente de la cultura o religión en poder, la península ibérica mantiene una dieta mediterránea debido a su proximidad al mar Mediterráneo. Generalmente considerada una dieta muy saludable, la dieta mediterránea consiste en muchas verduras y frutas, pescado, granos integrales, y mucho aceite de oliva. No hay un énfasis en la carne roja en esta dieta, que algunos nutricionistas consideran más saludable porque hay menos grasa y colesterol. Los beneficios de esta dieta, según la Clínica

Cleveland (2024b), incluye un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, y síndrome metabólico, y también apoya intestinos sanos.

Los judíos y los musulmanes tienen influencias similares a la gastronomía actual de España. Para la mayor parte, los musulmanes y los judíos mantienen la dieta mediterránea (Spanish Food, 2025). Ambas culturas tienen leyes en contra del consumo de los cerdos, un hecho sorprendente considerando la importancia del cerdo y el famoso *Jamón Iberico* en la gastronomía actualmente de España. Las leyes alimentarias de los judíos, con la excepción de la prohibición del consumo del cerdo, enfocan en la preparación de los alimentos (Spanish Food, 2025). Por ejemplo, no se permite mezclar la carne y los productos lácteos para que los alimentos sean “kosher” o en línea con las leyes judías. Alimentos como gazpacho, una sopa fría, o alimentos encurtidos como pescado encurtido han sido heredados de los judíos debido al Sabbath judío en que no se permite preparar comida y la comida tenía que prepararse el día anterior (Spanish Food, 2025). Los alimentos encurtidos pueden ser saludables porque son menores en calorías y mantiene nutrientes y vitaminas, sin embargo, aumenta la retención de agua en el cuerpo y pueden causar hipertensión debido a las altas niveles de sodio (Cleveland Clinic, 2024a).

La ocupación musulmán de la península ibérica ocurre desde el año 711 hasta el año 1492. Los musulmanes trajeron muchas innovaciones para la cultivación de nuevos alimentos en la región. Son responsables para un riego mejorado lo que llevó a más producción de las aceitunas y aumentada su importancia a la gastronomía española (Spanish Food, 2025). Presentaron caña de azúcar a la región, y enseñaron a los españoles como proceso el azúcar para el uso en la cocina, que llevó al desarrollo de muchos de los dulces tradicionales de España. También, los musulmanes presentaron una variedad de especies a la gastronomía española, uno

de los más importantes es el azafrán, uno de los ingredientes principales de la paella (The Foodies Larder, n.d.).

Hoy en día, la gastronomía española conserva una gran parte de la influencia de ocupaciones pasadas, sin embargo, las leyes de alimentación no son estrictas o importantes para la mayoría de los hispanos. La gastronomía actual de España empezó con la reconquista y la exclusión de los judíos y musulmanes de España por los cristianos. Fueron los cristianos que introdujeron la importancia del cerdo (Spanish Food, 2025).

La situación de la obesidad en España

En comparación con muchos países del mundo, España tiene una tasa de obesidad baja. Según el Observatorio Mundial de la Obesidad (2025), España ocupa el puesto 139 de 200 en porcentaje de población con obesidad con un 16.15% tasa de obesidad. Sin embargo, a pesar de la idea falsa de que España no tiene un gran problema con la obesidad, algunas investigaciones han encontrado una tendencia de aumento de las tasas de obesidad en el país. Entre los años 1987 y 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó constantemente en los adultos españoles. En 2012, 36.1% de los adultos eran considerados sobrepeso, y 16.5% eran obesos. La tasa de sobrepeso no aumentó mucho en ese tiempo, pero el porcentaje de adultos españoles de obesidad duplicó desde 1987 a 2012, aumentado de 8% a 16.5%. Mientras la obesidad mórbida es menos común, la tasa aumentó desde 0.2% en 1993 a 0.88% en 2012, más de un aumento de 300% (Basterra-Gortari et al., 2017). Posibles causas de este aumento de peso propuestas por Hernàez y colaboradores (2019) en referencia al artículo previo son una “mayor ingesta de galletas, bollería industrial, postres lácteos, zumos y refrescos”, un aumento en la popularidad del estilo de vida sedentario, o aumento de las horas de trabajo, que limitan hábitos del estilo de vida saludables.

Una consecuencia de la obesidad es la aumentación de los costos de atención de salud. La obesidad lleva a más necesidad de atención para los pacientes obesos debido a las condiciones médicas que son resultados adversos de la obesidad como enfermedades cardiovasculares o diabetes. España tiene un modelo de sistema nacional de salud, que significa cobertura universal y financiamiento por los impuestos y contribuciones de seguridad social. Debido a eso, la carga financiera del aumento de los costos de la obesidad recae sobre el sistema de salud en su conjunto (International Citizens Insurance, 2025). En el año 2016, los costos adicionales de la obesidad eran 2% del presupuesto del sistema de salud, cuesta 1.950 millones de euros (Hernández et al., 2019).

Políticas Actuales Contra la Obesidad en España

Una de las políticas relativamente nueva, el *Plan Estratégico Nacional para reducir la obesidad infantil* tiene como objetivo reducir la obesidad en los niños y adolescentes en un 25% dentro de los 10 años siguientes a su implementación. Para lograr este objetivo, la iniciativa trata de promover actividad física, dietas saludables, y bienestar emocional y calidad del sueño (Warkentin, 2022). Estos estándares se alcanzarán por la adherencia de objetivos e indicadores de cada aspecto de la iniciativa. Por ejemplo, un objetivo para la implementación del desarrollo de un entorno que promover actividad física y los deportes son la aumentación de practicar actividad física en las escuelas por aumentando el tiempo de la actividad física durante el día, así como incluyendo más actividades extraescolares que involucran ejercicios (El Gobierno de España, 2022).

En 2021, España impuso un impuesto al azúcar después de la preocupación de que las refrescas contribuyen significativamente a la obesidad infantil en el país. Es un impuesto al valor añadido de 21% del costo de bebidas azucaradas. Según Acción Contra la Obesidad en Escocia

[ACOE] (2021), “El impuesto se estructura como una cantidad fija por litro, basada en el contenido de azúcar. Por ejemplo, las bebidas con 5 gramos de azúcar por cada 100 mililitros pagan 0,15 € por litro, mientras que las que contienen 8 gramos de azúcar por cada 100 mililitros pagan un impuesto de 0,24 € por litro.” En Cataluña, este impuesto ha resultado en una reducción del 16.7% de la compra de bebidas azucaradas, y un aumento en la cantidad de agua. No hay investigaciones del impacto directamente del impuesto en las tasas de obesidad, sin embargo, la eliminación de las bebidas azucaradas de la dieta de un individuo puede contribuir a la pérdida de peso y un menor riesgo de diabetes (ACOE, 2021).

Como se evidencia en los dos programas antiobesidad mencionados, la mayoría de las intervenciones para la obesidad en España se dirigen a la población infantil. Estos programas buscan reducir la prevalencia de la obesidad mediante la prevención de la obesidad infantil, uno de los principales factores de riesgo de la obesidad en adultos. Abordar la obesidad infantil también puede influir en la obesidad en adultos, ya que los niños suelen ser los principales influencias de las decisiones alimentarias y de estilo de vida de las familias. Al abordar la obesidad infantil, estos programas suelen animar a las familias a adoptar hábitos más saludables en su conjunto, lo que beneficia no solo a los niños, sino también a sus padres y hermanos (Mado et al., 2021).

Opinión Pública de la Obesidad

En general, el público de España apoyó las intervenciones en contra de la obesidad. Más de 90% de los españoles apoyan un etiquetado alimentario más completo para la información nutricional de los alimentos. Además, las intervenciones a los niños son generalmente aceptadas y apoyadas entre el país. Las mujeres y adultos mayores son más probable para apoyar iniciativas

en contra de la obesidad así que están más “profundamente involucradas” en la conservación de estilos de vida sanos (Cavero et al., 2022).

Conclusión y recomendaciones

Para concluir, la obesidad en España es un problema creciente de salud pública con importantes consecuencias económicas y a la salud de varias comunidades. El aumento de las tasas de obesidad son una carga cada vez mayor para el sistema sanitario, aumentando los costes asociados al tratamiento de enfermedades relacionadas con la obesidad, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Mientras el gobierno de España ha implementado varias iniciativas para la reducción de las tasas de obesidad como la promoción de alimentación saludable y actividad física, se puede hacer más. Las iniciativas actualmente han sido un buen trabajo con las intervenciones con los niños, pero un enfoque de educación de alimentación equilibrado es uno de los aspectos más importantes cuando se trata de reducir la obesidad, y no solo en los niños. Deberían crear más enfoque en la educación de los adultos como iniciativas públicas a través de puntos de acceso comunitarios.

Reflexión de experiencias individuales

Durante el semestre de primavera de 2025, tuve la oportunidad única de participar en una práctica con Perales Nutrición, una pequeña clínica privada de nutrición ubicada en una zona de Sevilla, España, junto a muchas otras clínicas y hospitales. Esta experiencia no sólo mejoró mi comprensión de la nutrición y la atención médica en un contexto intercultural, sino que también me permitió comprender la interconexión entre la educación para la salud, las percepciones culturales y los determinantes sociales más amplios de la salud.

Perales Nutrition es una clínica muy pequeña, donde el único miembro del personal es Pablo Perales, lo que hizo que el ambiente de aprendizaje fuera especialmente beneficioso y

personal. Gran parte de mi trabajo consistió en la creación de materiales educativos para ayudar a los clientes a comprender los conceptos nutricionales. Estos recursos se diseñaron para ser claros, accesibles y visualmente atractivos, ayudando a los pacientes a retener la información compartida durante sus consultas. Dedicué mucho tiempo a investigar guías nutricionales y a traducir el conocimiento científico a formatos fáciles de usar, lo que me impulsó a mejorar mis habilidades de comunicación y mi competencia cultural. Era importante asegurar que el contenido se adaptará a los estilos de vida y hábitos alimenticios locales en España, en lugar de una base de información centrada en Estados Unidos.

Aunque mi principal responsabilidad era producir estos materiales, pude observar las consultas de pacientes cada semana. De los dos pacientes cuyo progreso seguí, ambos fueron clasificados con sobrepeso u obesidad y necesitaban apoyo para mejorar sus hábitos alimenticios y lograr estilos de vida más saludables. Sin embargo, noté que estos pacientes no parecían con mi percepción estadounidense del aspecto típico de las personas con sobrepeso u obesidad. En los Estados Unidos, la obesidad está asociada con manifestaciones físicas más extremas. Sin embargo, en España, incluso personas que parecían tener una talla promedio según los estándares estadounidenses se consideraban en riesgo. Esta observación cuestionó mi comprensión de cómo se define y gestiona la obesidad en diferentes contextos culturales.

Seguí observando las consultas de estos dos pacientes semanalmente, y cada semana el nutricionista les daba una lección sobre cómo ciertos alimentos afectan al cuerpo. A través del semestre, aprendí cuánto desconocían estos adultos españoles sobre estos conceptos. Si bien la mayoría de los españoles son físicamente activos (uno de estos pacientes va en bicicleta a su cita todas las semanas) y tienen acceso a alimentos frescos y saludables, muchos no saben cómo preparar una comida equilibrada ni cómo tomar las mejores decisiones saludables. Esto puso de

manifiesto la falta de educación nutricional en la actual generación de adultos españoles. Este problema me ayudó a darme cuenta de que no es suficiente solo tener acceso a alimentos frescos y saludables y un lugar para hacer ejercicio. Sin una educación adecuada y alfabetismo de salud sobre cómo elegir alimentos saludables, controlar las porciones y cómo estos factores afectan al cuerpo, los problemas relacionados con la dieta seguirán siendo un problema. Esto incluye la obesidad, la diabetes, el colesterol alto, etc.

Para mí, esta pasantía fue más que solo enseñarme conceptos nutricionales. Cambió mi perspectiva sobre la atención médica, especialmente la preventiva. Enfatizó la necesidad de una educación sanitaria accesible, asequible y culturalmente sensible. Como alguien que planea convertirse en logopedia pediátrica, esta experiencia influirá en la forma en que interactúo con mis futuros pacientes. La comunicación es un aspecto muy vulnerable del ser humano, especialmente para un niño con trastornos del habla, y la comunicación sanitaria no es la excepción. Si puedo ayudar a los niños y a sus familias a comprender la información sanitaria que reciben, podré contribuir a mejorar su calidad de vida.

En la atención pediátrica, en particular, la intervención temprana es fundamental. Si las familias no comprenden cómo apoyar el desarrollo comunicativo de sus hijos, incluso las mejores intervenciones pueden fallar. Lo mismo ocurre con los trastornos alimentarios, que a menudo tienen componentes nutricionales y comunicativos. Mi experiencia en España y en Clemson me ha enseñado que los profesionales sanitarios deben colaborar para apoyar al paciente y obtener los mejores resultados. Un niño con dificultades para comunicarse también puede tener dificultades nutricionales debido a dificultades para comunicar sus necesidades, y ambos problemas pueden empeorar por la falta de educación o recursos en casa. Comprender el

papel de la educación tanto en la prevención como en el tratamiento de problemas de salud es una de las lecciones más importantes que he aprendido de estas prácticas y de mi titulación.

Referencias

- Alexandra Lee, BS, &., Michelle Cardel, , PhD, MS, RD, William T Donahoo, & MD. (2019). Social and Environmental Factors Influencing Obesity. *National Library of Medicine*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278977/>
- Autret, K., & Bekelman, T. A. (2024). Socioeconomic Status and Obesity. *Journal of the Endocrine Society*, 8(11), bvae176. 10.1210/jendso/bvae176
- Basterra-Gortari, F. J., Bes-Rastrollo, M., Ruiz-Canela, M., Gea, A., & Martinez-Gonzalez, M. Á. (2017). Prevalence of obesity and diabetes in Spanish adults 1987–2012. *Medicina Clínica (English Edition)*, 148(6), 250–256. 10.1016/j.medcle.2017.03.010
- Cavero Esponera, C., Fernández Sánchez-Escalonilla, S., & Royo-Bordonada, M. Á. (2022). Public Opinion on Food Policies to Combat Obesity in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8561. doi: 10.3390/ijerph19148561. 10.3390/ijerph19148561
- Cleveland Clinic. (2024a, May 22). *Are Pickles Good for you?* Cleveland Clinic. Retrieved Mar 24, 2025, from <https://health.clevelandclinic.org/are-pickles-good-for-you>
- Cleveland Clinic. (2024b, Mar 7). *Mediterranean Diet*. Cleveland Clinic. Retrieved Mar 24, 2025, from <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/16037-mediterranean-diet>
- Global Obesity Observatory. (2025). *Ranking (% obesity by country)*. World Obesity. Retrieved Mar 24, 2025, from <https://data.worldobesity.org/rankings/?age=a&sex=t>
- Gobierno de España. (2022). *NATIONAL STRATEGIC PLAN FOR THE REDUCTION*

OF CHILDHOOD OBESITY

(2022 - 2030) SPAIN : *Executive Summary*. .El Plan Bien.

https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/2023-01/Plan_obesidad_Resumen_DIGITAL_ENG.pdf

Hernández, Á, Zomeño, M. D., Dégano, I. R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., Civeira, F., Moure, R., & Marrugat, J. (2019a). Excess Weight in Spain: Current Situation, Projections for 2030, and Estimated Direct Extra Cost for the Spanish Health System. *Revista Española De Cardiología (English Edition)*, 72(11), 916–924.
10.1016/j.rec.2018.10.010

International Citizens Insurance. (2025). *Healthcare System in Spain*. International Citizens Insurance.
<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/spain.php#:~:text=Spain%20has%20a%20universal%20healthcare,or%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud.>

Marino, S. (2018, Jul 22). *Hidden calories: How to spot and avoid them*. Michigan State University. Retrieved Mar 24, 2025, from
https://www.canr.msu.edu/news/hidden_calories_how_to_spot_and_avoid_them

Mohammed, S. H., Habtewold, T. D., Birhanu, M. M., Sissay, T. A., Tegegne, B. S., Abuzerr, S., & Esmailzadeh, A. (2019). Neighbourhood socioeconomic status and overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMJ Open*, 9(11), e028238–028238. 10.1136/bmjopen-2018-028238

National Heart, Lung, and Blood Institute. (2022, Mar 24). *Overweight and Obesity*. National Institute of Health. Retrieved Mar 24, 2025, from

<https://www.nhlbi.nih.gov/health/overweight-and-obesity/causes>

Spanish Food History. (2025). Spanish Food. Retrieved Mar 24, 2025, from

<https://www.spanish-food.org/spanish-food-history.html>

The Foodies Larder. . The Moorish Influence on Andalusian Cuisine.

<https://thefoodieslarder.com/moorish-influence-on-andalusian-cuisine/>

Tirthani, E., Said, M. S., & Rehman, A. (2023). Genetics and Obesity. *National Library of Medicine*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573068/>

Warkentin, S. (2022, Aug 17). *The National Strategic Plan to Reduce Childhood Obesity in Spain: the Key is the Creation of Health Promoting Ecosystems*. Barcelona Institute for

Global Health. <https://www.isglobal.org/en/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/el-plan-estrategico-nacional-para-la-reduccion-de-la-obesidad-infantil-en-espana-la-claves-la-creacion-de-ecosistemas-promotores-de-la-salud>

World Health Organization. (2024, March 1). *Obesity and Overweight*. Retrieved Mar 10, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>