



Invertir la tendencia de la obesidad infantil: ocho experiencias de promoción de la salud en zonas en situación de vulnerabilidad. Proyecto *Health4EUKids*

Reversing the trend of childhood obesity: eight health promotion experiences in vulnerable areas. Health4EUKids Project

AUTORES

- (1,2,3)** Rosana Peiró-Pérez
(*) [ORCID: 0000-0003-1525-4030]
- (2)** Marta García-Sierra
(*) [ORCID: 0000-0002-5706-7287]
- (*)** Coordinadoras.
- ANDALUCÍA**
- (4,5)** Francisco Javier Peso Moreno
(6) Guadalupe Longo Abril
(6) Pablo García-Cubillana de la Cruz
(7) Rafael Rodríguez-Acuña
[ORCID: 0000-0003-0641-8486]
(8,9) Jaime Jiménez Pernett
[ORCID: 0000-0002-9894-7133]
(9) Amparo Lupiáñez Castillo
- CANTABRIA**
- (11,12)** Marina Barreda-Gutiérrez
[ORCID: 0000-0002-5952-6758]
(11,12) Javier Lera
[ORCID: 0000-0002-0367-265X]
(11,12) David Cantarero-Prieto
[ORCID: 0000-0001-8082-0639]
- GALICIA**
- (16)** Carolina Muñoz Ibáñez
[ORCID: 0009-0009-7108-2641]
- PAÍS VASCO**
- (17,18)** Amaia Mentxaka Etxebarria
(18,19) Irati Errequerena Redondo
[ORCID: 0000-0003-0598-6166]
(17,18) Inés Urieta Guirrajo
- En nombre del consorcio *Health4EUKids*.
- COMUNIDAD VALENCIANA**
- (13)** Luz Iranzo-Pérez
[ORCID: 0009-0000-9610-6392]
(13,14) Cintia Sancauto-Chardi
[ORCID: 0000-0002-8637-0162]
(2) Lilian Castro-Rojas
[ORCID: 0009-0000-8036-6093]
(2) Belén Sáez-Esparza
(2,15) Joan Paredes-Carbonell
[ORCID: 0000-0002-2276-9713]
- BALEARES**
- (10)** Elena Cabeza Irigoyen
[ORCID: 0000-0002-4459-0327]
(10) Trinidad Planas Juan
[ORCID: 0000-0002-8531-5049]
(10) Catalina Núñez Jiménez
[ORCID: 0000-0002-4218-2768]

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Todas las personas de las comunidades autónomas realizaron la implementación de la intervención y la recogida de la información.

ESTRUCTURA DE RECOGIDA DE DATOS Y SU SEGUIMIENTO: M García-Sierra.

CONCEPTUALIZACIÓN, REDACCIÓN PRINCIPAL: R Peiró-Pérez.

APORTACIONES PRINCIPALES DEL MANUSCRITO: A Mentxaka Etxebarria, T Planas Juan, G Longo Abril, P García-Cubillana de la Cruz.

Todas las personas autoras revisaron y aprobaron la versión final.

FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido financiado por la Acción Conjunta *Health4EUKids*, cofinanciada por la Unión Europea y la Agencia Ejecutiva de Salud y Digital (HaDEA) como parte del programa *EU4Health* (Grant agreement 101082462).

CORRESPONDENCIA

Rosana Peiró Pérez peiro_ros@gva.es
Avda. Cataluña 21. CP 46020. Valencia. España.

CITA SUGERIDA

Peiró-Pérez R, García-Sierra M, Peso Moreno FJ, Longo Abril G, García-Cubillana de la Cruz P, Rodríguez-Acuña R, Jiménez Pernett J, Lupiáñez Castillo A, Cabeza Irigoyen E, Trinidad Planas J, Núñez Jiménez C, Barreda-Gutiérrez M, Lera J, Cantarero-Prieto D, Iranzo-Pérez L, Sancauto-Chardi C, Castro-Rojas L, Sáez-Esparza B, Paredes-Carbonell J, Muñoz Ibáñez C, Mentxaka Etxebarria A, Errequerena Redondo I, Urieta Guirrajo I. Invertir la tendencia de la obesidad infantil: ocho experiencias de promoción de la salud en zonas en situación de vulnerabilidad. Proyecto *Health4EUKids*. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100:1 de octubre e202610066.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

AGRADECIMIENTOS

Health4EUKids working group: Apostolos Vantarakis, Vasiliki Iliopoulou, Eleni Papachatz, Emmanuella Magriplis, Georgios Karydas, Lamprini Lachanioti, Kyriaki Premtou (*Health4EUKids Work Package 1 and 2*); Péter Csizmadia, Zsófia Kimmel (*Health4EUKids Work Package*); Ana Gil Luciano, Joan Quiles Izquierdo, Maria Ramos Monserrat, Jessie Van Kerckhove, Stefanie Vandevijvere, Oliver Ramos-Alvarez, María Jesús Cabero, Javier Lera Torres, Sharon Vella, Paula Vassallo, Mariella Borg Buontempo, Miguel Telo de Arriaga, Leonor Quelhas Pinto (*Health4EUKids Work Package 5*).

FILIACIONES

- (1)** Dirección General de Salud Pública. VALENCIA. ESPAÑA.
- (2)** Fundación FISABIO. VALENCIA. ESPAÑA.
- (3)** CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). MADRID. ESPAÑA.
- (4)** Comisionado para el Polígono Sur de Sevilla. SEVILLA. ESPAÑA.
- (5)** Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. SEVILLA. ESPAÑA.
- (6)** Servicio Andaluz de Salud (Servicios Centrales). SEVILLA. ESPAÑA.
- (7)** Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud. SEVILLA. ESPAÑA.
- (8)** Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). GRANADA. ESPAÑA.
- (9)** Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS). GRANADA. ESPAÑA.
- (10)** Dirección General de Salud Pública. PALMA DE MALLORCA. ESPAÑA.
- (11)** Universidad de Cantabria. Departamento de Economía. SANTANDER. ESPAÑA.
- (12)** Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Grupo de Investigación en Economía de la Salud. SANTANDER. ESPAÑA.
- (13)** Dirección General de Salud Pública. Centro de Salud Pública de Valencia. VALENCIA. ESPAÑA.
- (14)** Universidad Europea de Valencia. Departamento de Ciencias Biomédicas y de la Salud. VALENCIA. ESPAÑA.
- (15)** Dirección General de Salud Pública. Centro de Salud Pública de Alzira. ALZIRA. ESPAÑA.
- (16)** Dirección Xeral de Saúde Pública. SANTIAGO DE COMPOSTELA. ESPAÑA.
- (17)** Dirección de Salud Pública y Adicciones. Comarca de Uribe-Costa. LEJOA. ESPAÑA.
- (18)** Instituto de Investigación en Sistemas de Salud-Biosistemak. BILBAO. ESPAÑA.
- (19)** Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS). MADRID. ESPAÑA.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La prevalencia de exceso de peso en población infantil española es del 36,1%, pero la diferencia entre quienes pertenecen a familias de renta baja y alta es del 16%, por lo que reducirla es una prioridad. El objetivo de la acción conjunta *Health4EUKids* es la implementación de buenas prácticas de promoción de la salud y prevención de la obesidad. El objetivo de este trabajo fue replicar y contextualizar una buena práctica basada en intervenciones en el entorno donde se vive que contribuya a reducir la obesidad infantil en población vulnerable en seis comunidades autónomas.

MÉTODOS // Se adaptó la metodología original de investigación al contexto real de la práctica y posibilidades del proyecto. Se identificaron determinantes del entorno obesogénico y se utilizaron, a través de una herramienta participativa, para sistematizar las conversaciones con diferentes grupos sociales de los barrios. Se constituyeron el grupo motor y la red de salud, se realizaron análisis de situación, se priorizaron acciones y se realizaron los mapas de activos. Con toda esta información el grupo motor diseñó un conjunto de acciones.

RESULTADOS // La guía se organizó en seis pasos y se armonizó la metodología en los ocho pilotos. La participación comunitaria y las herramientas participativas fueron fundamentales para la contextualización a las características locales. Se llevaron a cabo doce estructurales, diecinueve de Participación y Capacitación Comunitaria y catorce programáticas.

CONCLUSIONES // Con este proyecto se visibiliza y consigue, en varios contextos locales, implicar a la población para contribuir a mejorar la alimentación y la actividad física a través del conocimiento, las habilidades, la práctica y la optimización de los entornos donde se vive.

PALABRAS CLAVE // Promoción de la salud; Obesidad infantil; Participación de la comunidad; Herramientas participativas; Entornos para la salud; Colaboración intersectorial.

ABSTRACT

BACKGROUND // The prevalence of overweight in the child population is 36.1%, but the difference between those from low- and high-income families is 16%, making its reduction a priority. The objective of the *Health4EUKids* joint action was to reduce childhood obesity. The aim of this paper was to replicate and contextualize a best practice for reducing childhood obesity in vulnerable populations to other contexts and to adapt it to real-world practice in six Spanish Regions.

METHODS // The original research methodology was adapted to the real-world context of the project and its possibilities. Determinants of the obesogenic environment were identified and used, through a participatory instrument, to systematize conversations with different social groups in the neighbourhoods. A steering group and a health network were established, situation analyses were conducted, actions were prioritized, and asset maps were created. With all this information, the steering group designed a set of actions.

RESULTS // The guide was implemented in six steps and the methodology was harmonized across the eight pilot projects. Community participation and participatory tools were fundamental for adapting the project to local characteristics. Forty-four actions were carried out twelve structural, nineteen for strengthening the core group, and fourteen for training.

CONCLUSIONS // In several local contexts, the project successfully engages the population to contribute to reducing obesity by improving diet and physical activity through knowledge, skills, practice, and optimizing their living environments.

KEYWORDS // Health promotion; Childhood obesity; Community participation; Participatory tools; Healthy environments; Intersectoral collaboration.

NOTAS

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

INTRODUCCIÓN

La obesidad se asocia a un mayor riesgo de padecer numerosas enfermedades no transmisibles como cáncer, diabetes mellitus tipo 2, o enfermedades respiratorias crónicas (1). El sobrepeso y la obesidad afectan a casi el 60% de la población adulta, una parte a consecuencia del exceso de peso durante la infancia (2). En España, la prevalencia de exceso de peso en población infantil es del 36,1%, (20,2% de sobrepeso y 15,9% de obesidad), siendo esta última más frecuente entre los niños y el sobrepeso entre las niñas (3). El exceso de peso ha disminuido 4,5 puntos con respecto a la encuesta *ALADINO* anterior, pero los valores continúan siendo muy elevados. Existen importantes desigualdades en la población infantil (seis-nueve años), pues la población infantil de familias de renta baja tiene un 16% más de exceso de peso que la población infantil de familias de renta alta.

Los determinantes de la obesidad y la obesidad infantil son múltiples y variados, y más al relacionarse con el entorno donde se vive y de que este facilite llevar una alimentación saludable y una vida activa que en la decisión individual, que no aborda las causas de la obesidad (4). La globalización de los sistemas alimentarios, que favorecen el consumo excesivo de alimentos y bebidas con alta densidad energética y escaso valor nutricional, se ha identificado como el principal impulsor de la pandemia de obesidad (5). El elevado número de sectores involucrados, (urbanismo, agricultura, comercio, etc.), la gran cantidad de grupos de interés y de empresas, los aspectos políticos o la cantidad de diferentes intervenciones necesarias para revertir la situación, hacen de la obesidad una intervención

compleja que no puede ser resuelta sin una acción decidida por parte de la población, las personas técnicas desde diferentes sectores y tanto el apoyo como el liderazgo político (4). España puso en marcha en 2022 el *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil* (PENROI) desde esta perspectiva intersectorial, participativa y de equidad (6). En el nivel local identificó diferentes entornos que pueden ser *obesogénicos*, como el familiar, el escolar, el sanitario, el alimentario, el construido o el comunitario, describiéndolos como los inductores de comportamientos poco saludables, y propuso una serie de acciones dirigidas a generar entornos urbanos que promuevan y faciliten comportamientos saludables de la población infantil y adolescente y de sus familias.

Health4EUKids (7) es una *Acción Conjunta* (AC) de la Comisión Europea (CE). Entre sus objetivos se encuentra la implementación de Buenas Prácticas para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Obesidad, enmarcándose de lleno en las propuestas del PENROI. Las AC tienen como objetivo apoyar, mejorar y armonizar la práctica en Europa, reduciendo la brecha entre la evidencia científica y tanto las buenas prácticas (8) como la práctica rutinaria de la promoción de la salud en los servicios municipales y del sistema de salud. Una de estas buenas prácticas fue implementada en Leipzig (Alemania), en un barrio en situación de vulnerabilidad llamado Grünau que le dio nombre: *Grünau Moves* (9). Basadas en la participación comunitaria, estas prácticas favorecen la generación de confianza, el incremento de la concienciación y el codiseño de acciones para crear un movimiento hacia un barrio más saludable y con menos obesidad a través de la metodología de promoción de la salud.

Este artículo tuvo tres 3 objetivos: en primer lugar, presentar la adaptación metodológica, en forma de guía, que se realizó en conjunto con el grupo de investigación alemán para adaptarla a diferentes contextos de práctica de promoción de la salud utilizada por todos los pilotos. La adaptación fue necesaria debido a las diferencias entre la buena práctica original en tiempo (cinco años frente a tres años), en formación con varias universidades y grupos de investigación especializados frente a profesionales municipales y de Salud Pública, con una práctica más generalista y también en financiación, de varias instituciones y universidades frente a la AC y los servicios regionales o municipales de promoción de la salud. En segundo lugar, describir la herramienta participativa que se desarrolló para realizar un análisis del entorno obesogénico local. Por último, presentar algunos de los resultados para cada uno de los seis (desde el cero hasta el cinco) pasos de la guía metodológica. Se presentan en este artículo resultados que mostraban mejor los pasos de la metodología de los ocho proyectos piloto que se desarrollaron en España en seis comunidades autónomas (CC. AA.) diferentes: Andalucía; Baleares; Cantabria (dos pilotos); Galicia; País Vasco (PV); Comunidad Valenciana (CV) (dos pilotos).

METODOLOGÍA

Se realizó un diseño de adaptación y contextualización a la práctica de la promoción de la salud de una intervención ya evaluada, *Grunau moves*, con resultados positivos en la reducción de la obesidad infantil (10). La adaptación consistió en la compilación de los pasos metodológicos más importantes del proyecto original, que utilizó la metodología del mapeo de implemen-

tación (10), en una guía que diera apoyo a los proyectos piloto y armonizara la metodología durante dicha implementación (11). La guía describe la metodología en seis pasos, especificando los objetivos y acciones principales de cada paso [TABLA 1]. Para adaptar, contextualizar e identificar los determinantes del entorno se incorporó la colaboración intersectorial, el compromiso político y la participación de la población desde el inicio. Esta gobernanza participativa se mantuvo también para el análisis de situación, la priorización y los activos específicos de cada contexto, municipio, barrio o escuela. Se realizaron reuniones mensuales con quienes coordinaban los pilotos en cada C. A. que permitieron mejorar la contextualización al compartir dudas, barreras y oportunidades sobre la implementación e incrementar las habilidades y conocimientos.

En segundo lugar, se diseñó una herramienta participativa para el análisis del entorno obesogénico siguiendo la metodología de otras herramientas de análisis participativo (12). Se identifican en la bibliografía catorce determinantes del entorno obesogénico, al que se llamó herramienta *Vivir saludable*. Esta herramienta ayudó a sistematizar las conversaciones con los diferentes grupos sociales respecto al entorno más o menos saludable, relacionado con la posibilidad de tener una alimentación saludable y facilidad para realizar actividad física. Esta herramienta participativa consiste en iniciar una conversación, de aproximadamente dos horas de duración, con diferentes grupos de un mismo territorio, de entre diez y quince personas, donde quien lidera el grupo describe cada uno de los determinantes y su contribución al entorno obesogénico. Posteriormente, cada participante, pensando en el territorio a valo-

Tabla 1

Pasos de la *Guía metodológica de acción comunitaria para reducir obesidad infantil*, objetivos de cada uno y actividades a realizar.

Pasos metodológicos y objetivos a conseguir en cada paso

Actividades clave a realizar en cada paso

Paso 0
Explorar y describir el área de intervención utilizando indicadores de vulnerabilidad y de oportunidad (apoyo político).

- Conseguir el compromiso político a nivel local (facilitadores del cambio) para aprovechar todas las capacidades disponibles para la formulación de políticas e intervenciones en entornos infantiles.
- Seleccionar, junto con el ayuntamiento, el/las Área/s de intervención entre las zonas vulnerables de tu ciudad que mejor cumplan con los criterios para una intervención exitosa.
- Cuando sea posible, recopilar datos sobre indicadores de salud (prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y niveles de actividad física) para facilitar el seguimiento del progreso de las iniciativas, así como la evaluación del impacto a mediano y largo plazo.

Paso 1
Establecer un *Grupo motor* y una *Red de Salud* para colaborar y facilitar los cambios esenciales

- Establecer un *Grupo Motor* (GM): un equipo reducido de 6 a 8 actores clave, entre personas políticas, profesionales de las administraciones locales y asociación/es comunitaria/s, encargados de movilizar a la comunidad y aprovechar los recursos sanitarios locales: los *promotores* de la participación.
- Ampliar la *Red de Salud* (RS) con las aportaciones del GM sobre grupos que consideren fundamentales para la iniciativa.
- Elaborar el plan de participación de la red de salud, con énfasis en la movilización de la comunidad y de los recursos locales.

Paso 2
Elaborar un análisis participativo de la situación del entorno obesogénico y mapear los activos de salud locales.

- Contribución de los distintos grupos de población (incluyendo personas técnicas y políticas) de el/los barrios o ciudad, en el análisis participativo de necesidades utilizando la herramienta *Vivir saludable* u otras.
- Mapa subjetivo de la situación obesogénica y de salud percibida por los participantes.
- Proceso de priorización de aquellas propuestas más importantes.
- Realización del mapa de activos en función de las prioridades detectadas.

Paso 3
Co-diseño e implementación de acciones locales para abordar los determinantes de la obesidad infantil.

- Identificar las acciones a conseguir y las actividades necesarias para ello de forma participativa.
- Describir cada acción a realizar describiendo el objetivo específico a conseguir, con que otros sectores hay que involucrar para realizarlas, que actividades se van a llevar a cabo, el calendario, los cambios que se pretenden y cómo se van a evaluar.
- Incrementar la sensibilización y conocimiento de la ciudadanía participante en cada proceso.

Paso 4
Evaluación participativa

- Evaluar cada acción según se ha codiseñado al hacerlo en el paso anterior. Incluir la evaluación del proceso y los resultados de las acciones implementadas, teniendo en cuenta los objetivos de cada acción.

Paso 5
Sostenibilidad y legado del proyecto.

- Organizar eventos públicos y diálogos con políticos intersectoriales para dar a conocer los resultados del proyecto. Materiales de comunicación para difundir los resultados entre los actores de la cuádruple hélice y las redes urbanas. Informes técnicos y artículos científicos. Incorporarlo a la práctica rutinaria como una innovación.

rar, puntúa según su percepción de 1 a 10, y se consensúan las puntuaciones de grupo, las cuales se dibujan en una red donde la población y los representantes políticos pueden observar y entender fácilmente la situación de cada determinante y, por lo tanto, comparar entre los diferentes grupos sociales que viven en ese municipio o barrio acerca de sus percepciones. Pero además de la puntuación se produce un momento de reflexión, porque es necesario anotar las razones de cada puntuación. Finalmente, el grupo propone acciones de mejora que servirán para desarrollar las acciones de la intervención. Este mismo proceso se siguió para cada uno de los catorce determinantes identificados **[FIGURA 1]**. Aunque se puede utilizar a nivel individual, la mayor riqueza la aportan las conversaciones en grupo. La herramienta se adaptó también para población vulnerable e infantil. Se identifican en la revisión seis entornos locales con los siguientes determinantes obesogénicos:

- Entorno alimentario **(4,5,6,13,14,15,16,17,18)**: Entorno alimentario saludable y poco saludable.
- Entorno construido **(19,20,21,22,23,24)**: Movilidad activa; Espacios al aire libre, juego y cultura; Actividad física y deporte.
- Entorno social **(25,26,27,28)**: Cohesión social y redes comunitarias.
- Entorno familiar **(29,30,31,32,33)**: Comer saludable; Comportamientos sedentarios; Dormir bien; Crianza y bienestar emocional.
- Entorno escolar **(34,35,36,37)**: Comida en la escuela; Escuelas activas **(13)**;

Bienestar emocional y participación en la escuela.

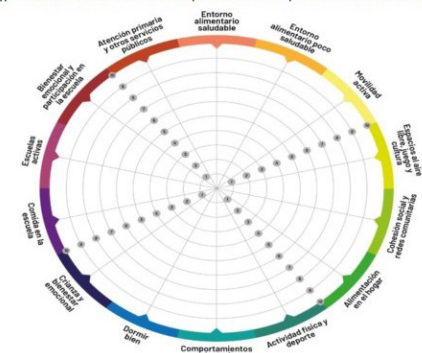
- Entorno sanitario **(29)**: Atención Primaria y otros servicios públicos.

Por último, describimos los resultados de la intervención siguiendo los pasos de la guía metodológica desarrollada, proporcionando algunos datos de las CC. AA. participantes. Se describen, los entornos seleccionados (paso 0) y los grupos de población preferentes para la intervención. En el paso 1, el número de participantes del grupo motor que se mantuvieron durante todo el proyecto y la red de salud que apoyó y contribuyó a recoger la información, así como a identificar personas para las acciones que se propusieron en el proyecto en diferentes momentos. Del paso 2 se describen algunos de los resultados de la situación analizada con la herramienta Vivir saludable en los ocho proyectos piloto, la imagen de la red, las razones de las puntuaciones obtenidas en el barrio de La Coma (CV) y las propuestas de mejora, mostrando un ejemplo de priorización con algunas fotos del proceso en Erandio (PV) y dos aproximaciones diferentes al mapa de activos en Pontearreas (Galicia) y El Raval (CV). Las propuestas de mejora se trabajaron con el grupo motor y se decidieron las acciones. Todos los proyectos piloto tenían que desarrollar al menos cuatro acciones (paso 3), que se realizaron durante dieciocho meses, y cada una de ellas contenían un conjunto de actividades para conseguir la acción. La descripción de cada una incluía los objetivos a conseguir, así como otros grupos de interés con los que se iba a trabajar, entre otros aspectos. Las acciones realizadas fueron evaluadas por cada equipo de trabajo en cada C. A. (paso 4). En este artículo se presenta la evaluación global

Figura 1

Instrumento *Vivir saludable* para trabajar con los diferentes grupos sociales del barrio, municipio, escuela, etc. para valorar el entorno obesogénico.

Figura 1a: Gráfico en forma de red para mostrar las puntuaciones de cada determinante



- Entorno alimentario:** (1) Entorno alimentario saludable, (2) y poco saludable,
- Entorno construido:** (3) Movilidad activa, (4) Espacios al aire libre, juego y cultura, (7) Actividad física y deporte
- Entorno social:** (5) Cohesión social y redes comunitarias,
- Entorno familiar:** (6) Comer saludable, (8) Comportamientos sedentarios, (9) Dormir bien,
- Entorno escolar:** (10) Crianza y bienestar emocional, (11) Comida en la escuela, (12) Escuelas activas, (13) Bienestar emocional y participación en la escuela,
- Entorno sanitario:** (14) Atención primaria y otros servicios públicos

Figura 1b: Ejemplo de ficha que usa el instrumento para cada determinante para sistematizar las conversaciones y alcanzar una puntuación y propuestas de mejora

Entorno alimentario saludable

Hablemos sobre la comida disponible en tu entorno cotidiano. Piensa en las tiendas que visitas cuando haces la compra de alimentos o en las que ves en la calle cuando sales a pasear, y cómo la oferta disponible afecta tus elecciones de alimentación.

Ahora, piensa en el lugar que estás evaluando...

¿Cómo de saludable es la comida disponible en tu barrio?

Aquí tienes algunas cosas a tener en cuenta:

- ¿Hay una variedad de tiendas donde comprar/obtener alimentos? ¿Las tiendas que hay ofrecen una variedad de alimentos?
- ¿La calidad y el precio de los alimentos frescos y saludables es adecuado? (parecen frescos, no están magullados o demasiado maduros, precio asequible para la mayoría)
- ¿En estas tiendas, ves letreros que animen a la gente a comprar alimentos saludables? Y, ¿la mayoría de alimentos envasados tienen etiqueta de calidad nutricional tipo Nutri-Score?
- ¿Hay huertos de autoconsumo o comunitarios en tu barrio? ¿La gente participa y come lo que cultiva?

Valora el lugar en una escala del 1 (muy poco saludable) a 10 (muy saludable).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Razones de tu puntuación:

Propuestas de mejora:

del paquete de trabajo. Para ello, se elaboró una matriz de madurez de las actividades que se categorizaron en función de su nivel de implementación y su tipología. Según su nivel de implementación se clasificaron en tres niveles: Nivel 1, diseñadas o planificadas durante el proyecto, pero que no han iniciado su implementación al cierre del proyecto; nivel 2, implementándose durante el proyecto y funcionando según lo previsto y que continuarán; nivel 3, aquellas totalmente consolidadas y de las que se podían observar algunos resultados. Según su tipología, las intervenciones se clasificaron en tres categorías: 1) Participación y capacitación comunitaria, orientadas a fortalecer y mantener el grupo motor y la red de salud

mediante procesos formativos que favorecieran su conocimiento, habilidades y empoderamiento, al igual que garantizaran la sostenibilidad del proyecto; 2) Programáticas, dirigidas a incrementar el conocimiento sobre el entorno obesogénico, la alimentación, la actividad física, el exceso de peso y otros aspectos relacionados con la salud en la población general o con la red de salud identificada; 3) Estructurales, enfocadas en promover cambios en el entorno, así como en impulsar planes de acción y actividades que, una vez iniciadas durante el proyecto, fueron calendarizadas para su continuidad más allá de su período de ejecución. Esta matriz de maduración fue la forma de evaluación del paquete de trabajo.

El último paso de la guía (paso 5) fue la sostenibilidad, no solo como la continuación de las actividades planeadas, sino conseguir la adopción, adaptación e integración de las metodologías, herramientas y aproximaciones desarrolladas, en las estructuras locales existentes, para desarrollar políticas de práctica. Se identificaron cinco mecanismos aplicables al entorno local (39), la integración de las acciones en las estructuras locales y la adopción de políticas, el fortalecimiento de las capacidades locales y el liderazgo, el compromiso institucional, la comunicación estratégica y la gestión y transferencia del conocimiento mediante el desarrollo de guías y materiales informativos.

RESULTADOS

La TABLA 2 muestra que seis proyectos piloto seleccionaron barrios o municipios, incluyendo las escuelas, y dos piloto se focalizaron solo en las escuelas. Las dos últimas columnas muestran el número de participantes en el grupo motor y en la red de salud, aspectos clave del paso 1 para la gobernanza participativa. En el grupo motor, los proyectos han contado con cerca de noventa personas, técnicas, políticas y representantes de asociaciones implicadas durante todo el proyecto, mientras que las redes de salud tienden a ser más amplias, con participaciones en algunos casos puntuales, y un total de 147 participantes representantes a su vez de asociaciones, otras administraciones, etc., procedentes de distintos ámbitos profesionales y sectores sociales.

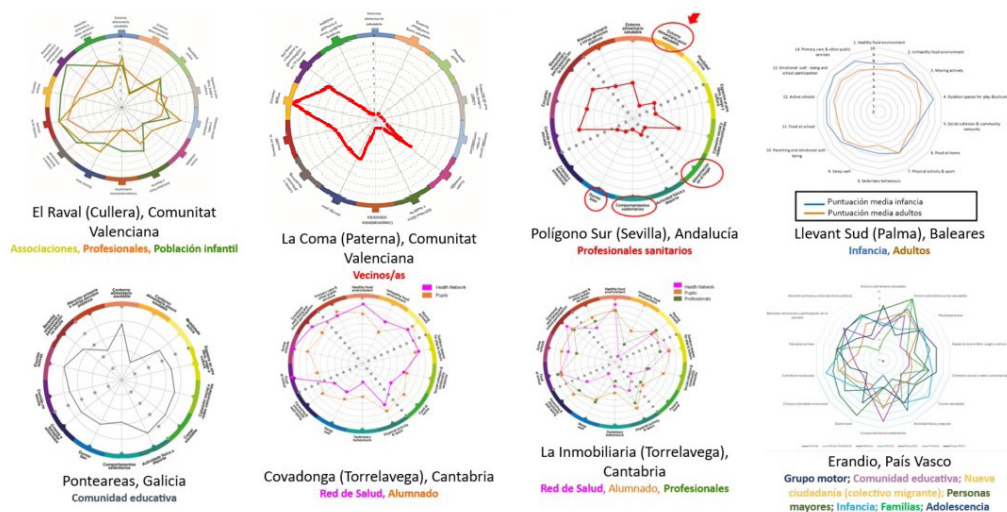
La FIGURA 2 muestra algunos resultados del análisis del entorno obesogénico con la herramienta *Vivir Saludable*, utilizada para conocer la percepción

que el grupo motor, la red de salud y la población tenían acerca de los catorce determinantes obesogénicos. La peor situación identificada por el vecindario se da en el barrio de La Coma (Paterna, Valencia) y la identificada por profesionales sanitarios en Polígono Sur (Sevilla), aunque ambos coinciden que lo más saludable del barrio sucede en la escuela. El resto de lugares donde se han implementado los proyectos piloto tenían una menor situación de vulnerabilidad y también los tres determinantes del entorno escolar (la comida, el bienestar emocional, y la participación y las escuelas activas) obtienen las mejores puntuaciones. Es importante observar que en todos los proyectos piloto se reconoce que el entorno alimentario del barrio no es saludable y que es más fácil encontrar, comprar y comer en el barrio la comida no saludable que la saludable. Con respecto a la movilidad activa, las puntuaciones en la escuela son medias, entre seis y ocho, mientras que en La Coma y en Polígono Sur también puntúan muy bajo. De los cuatro determinantes ligados a la familia, los comportamientos sedentarios, o sea, aquellos ligados al uso de pantallas, obtienen una puntuación más baja. En el caso de Eranio, la FIGURA 2 muestra de forma superpuesta la percepción de la situación de los determinantes del entorno obesogénico para cada grupo con el que se trabajó, el grupo motor, la comunidad educativa etc. Esto ayuda a identificar las diferencias de percepción, por ejemplo, entre los diferentes colectivos que viven en el barrio y, por ejemplo, el propio ayuntamiento.

La herramienta se llamó herramienta *Vivir Saludable* porque se decidió no incluir las palabras *obesogénico*, *obesidad* u *actividad física*, ya que no

Tabla 2 Descripción del lugar donde se han implementado los proyectos piloto y número de personas integrantes en los grupos motor y redes de salud.						
CC. AA.	Institución	Piloto	Área/ Población diana	Entornos principales	Grupo Motor [N participantes]	Red de Salud [N participantes]
Comunidad Valenciana	FISABIO-DGSP	El Raval (barrio), Cullera, Valencia	Barrio vulnerable; infancia, familias y comunidad	Centros educativos, espacios públicos y culturales	8	17
	FISABIO-DGSP	La Coma (barrio), Paterna, Valencia	Barrio muy vulnerable; infancia, familias y comunidad	Centros educativos, barrio	8	22
Andalucía	SAS, EASP, FPS	Polígono Sur (dist.), Sevilla	6 barrios muy vulnerables; infancia y familias	Centros educativos, barrios, espacios públicos	9	9
Baleares	IdISBa	Llevant Sud (dist.), Palma	3 barrios vulnerables niñas y niños de 4-12 años y sus familias	Centros educativos, espacios públicos	6	11
Galicia	CSG	Ponteareas (mun.), Pontevedra,	Ámbito municipal; niñas y niños de 6-12 años y sus familias	Centros educativos, barrios del municipio	10	17
Cantabria	IDIVAL	Covadonga (barrio), Torrelavega	Zona urbana de bajos ingresos; infancia y familias	Centros educativos	10	18
	IDIVAL	La Inmobiliaria (barrio), Torrelavega	Zona urbana de bajos ingresos; infancia y familias	Centros educativos	10	18
País Vasco	BIOSISTE-MAK	Erandio (mun.), Vizcaya	Ámbito municipal; infancia y familias	Centros educativos y espacios públicos	23	35

Figura 2
Ejemplos de uso de la herramienta *Vivir saludable* en los ocho pilotos con diferentes grupos sociales.



son estos los temas principales de preocupación de la población de los barrios en situación de vulnerabilidad donde se han desarrollado las intervenciones.

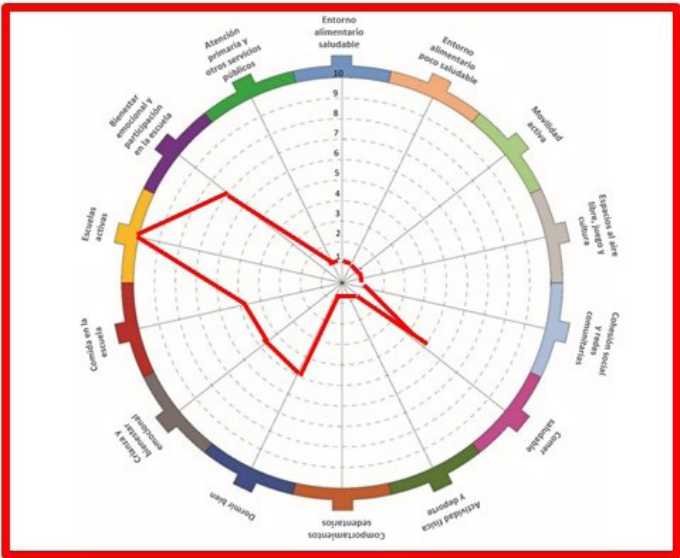
La **FIGURA 3** muestra un ejemplo del barrio de La Coma en Valencia, los argumentos para las puntuaciones y las propuestas de mejora. De estos resultados se priorizó la necesidad de tiendas de fruta y verdura en el barrio, formación a las familias en parentalidad positiva y la importancia del sueño, los huertos escolares y la estrategia de alimentación saludable en el colegio.

La **FIGURA 4** muestra el ejemplo del proceso de priorización de Erandio (País Vasco). Primero se describieron las propuestas identificadas en el análisis de necesidades. Se seleccionaron dos criterios de priorización que fueran fácilmente entendibles por la población, la importancia que la población les daba y

la facilidad para llevarlas a cabo. De las treinta y tres propuestas que se presentaron, llegaron a un acuerdo de iniciar el proceso por las diez que se observan en la **FIGURA 4**, y siete de ellas ya se encuentran actualmente en marcha: talleres de alimentación saludable; desayunos y menús saludables; deporte inclusivo en centros educativos y espacios públicos; espacios juveniles de bienestar; servicios de apoyo psicológico; campañas sobre uso de pantallas; formación en bienestar para entrenadores/as.

La **FIGURA 5** muestra dos ejemplos de mapa de activos realizados mediante diferentes herramientas participativas. En el mapa de El Raval (Valencia) se pueden observar los diferentes activos personales, del comercio local, los espacios públicos y verdes, los servicios administrativos, etc. En este caso se identificó como activo el Instituto de Formación Profesional de Agricultura,

Figura 3
Ejemplo del gráfico en forma de red de las puntuaciones para cada determinante. Razones de su puntuación y propuestas de mejora para seis determinantes. Familias y vecindario. La Coma (Valencia).



DETERMINANTES		RAZONES DE LA PUNTUACIÓN	PROPUESTAS DE MEJORA
Entorno alimentario	Saludable Poco Saludable	No hay comercios de productos frescos, ni tiendas, ni supermercados. Hay caravanas, quioscos: venden chuches, zumos y donuts a precios más caros que el super. Había mercados, pero por la inseguridad y robos cerraron.	Creación de mercadillos ambulantes semanales. Acuerdos con agricultores locales para vender frutas y verduras a precios accesibles. Creación de huertos urbanos en el barrio. Más patrullaje policial para garantizar seguridad y el bienestar. Facilitar apertura de comercios en el barrio.
Entorno construido	Movilidad activa	Conexiones de transporte público deficientes e insuficientes. Mejorar la accesibilidad a personas con movilidad reducida, para los carritos. "No hay paradas de taxi. Rampas inaccesibles y con basura"	Mejorar la frecuencia del transporte público local. Acondicionamiento y reparación de calles y colocación de rampas. Más frecuencia de limpieza y recogida de basura. Asfaltar mejor las calles y arreglar rampas.
Entorno familiar	Dormir bien	Niños y las familias no descansan bien: ruidos, peleas, barbacoas y fiestas cualquier día y de madrugada. Son familias numerosas no tienen muchas habitaciones para todos. Horarios cambiados duermen mucho de día.	Mayor implicación de la policía local, patrullas sobre todo en las madrugadas. La gente no denuncia por miedo/ inseguridad. Falta conocimiento sobre importancia del sueño. Educar a las familias sobre rutinas y saber poner límites: "se usa mucha melatonina"
	Crianza y bienestar emocional	Se habla a los niños a los gritos, los niños ven como ejemplo peleas y todo tipo de conflictos entre vecinos. No todas las familias lo hacen mal por eso decimos depende.	Seguir con la educación a las familias sobre conflictos y saber "cómo educar a los niños."
Entorno escolar	Comida en la escuela	Las escuelas enseñan a los niños a comer más futas y verduras. Los niños comen en un horario fijo. En verano cuando no funciona las escuelas muchos niños no come bien.	Seguir con los proyectos de frutas, almuerzos saludables. Más becas y ayudas para comedores escolares
Entorno sanitario	Atención primaria y otros servicios públicos	Sin servicio de pediatría. (2023 a 2026). Dificultades de convivencia entre profesionales y población. Muchas familias con niños pequeños. Nos tratan como si fuéramos peligrosos. Algunos profesionales del centro de salud no tienen empatía.	Que regresen los pediatras, es muy necesario. Más amabilidad, más empatía del personal del centro de salud/servicios sociales.

Figura 4
 Codiseño y priorización de acciones para el *Plan de acción local de Erandio (Erandio mugitzen ari dal 2025-2028)*.

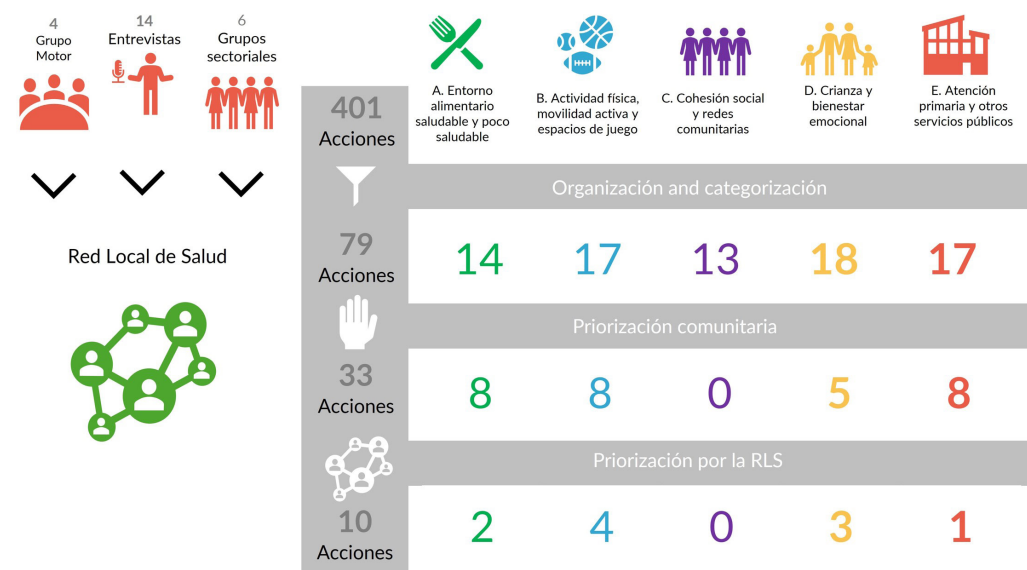


Figura 5
 Mapa de activos.

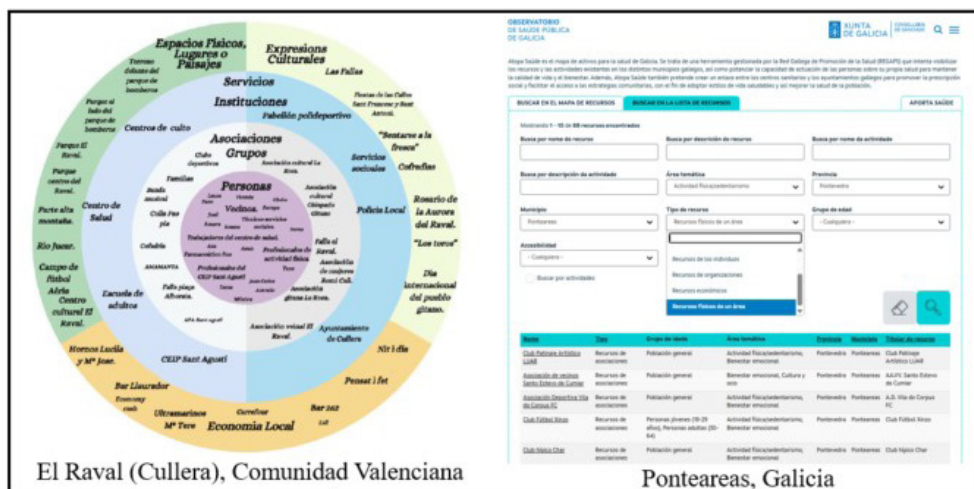


Figura 6
Ejemplos de acciones implementadas.

a) Juegos tradicionales en Ponteareas, Galicia.



b) Huertos escolares en La Coma (Paterna), Comunitat Valenciana.



que necesitaba un espacio para hacer prácticas de huerto, mientras que la Escuela Primaria disponía de un jardín muy grande y una de sus prioridades era desarrollar un huerto para acercar las verduras al alumnado. Se acordó que el alumnado de Agricultura haría las prácticas en el huerto de la Escuela Primaria y les enseñarían a mantener el huerto. En el caso de Ponteareas (Galicia), todos los activos están incluidos en una base de datos donde las personas, asociaciones o profesio-

nales pueden encontrarlos según sus necesidades.

La **TABLA 3** muestra el resumen y el título de las acciones realizadas en función de su tipología y nivel de madurez. Según su tipología se desarrollaron diecinueve intervenciones de Participación y Capacitación Comunitaria para el mantenimiento del grupo motor y las redes comunitarias mediante acciones de capacitación y sostenibilidad del proyecto. Se centraron en alimentación,

Tabla 3
 Descripción de las acciones integradas en los Planes de Acción Local de los 8 pilotos.

Piloto	Título de la Acción	Nivel de Madurez	Tipología
El Raval (barrio), Cullera, Valencia, Comunitat Valenciana	Red de Salud	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Espacios culturales y comunitarios	Nivel 2: En implementación	P&CC
	Mercado semanal de proximidad	Nivel 1: En desarrollo	Estructural
	Deporte comunitario	Nivel 2: En implementación	P&CC
	Deporte navideño	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Entorno alimentario escolar	Nivel 1: En desarrollo	Estructural
	<i>Connectar Junts amb Salut</i>	Nivel 3: Consolidado	P&CC
La Coma (barrio), Paterna, Valencia, Comunitat Valenciana	Red de Salud	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Talleres de alfabetización en salud	Nivel 3: Consolidado	Programática
	Rutas saludables	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Talleres de parentalidad positiva	Nivel 3: Consolidado	Programática
	Huertos escolares	Nivel 3: Consolidado	Estructural
Polígono Sur (dist.), Sevilla, Andalucía	Talleres de alimentación saludable	Nivel 2: En implementación	Programática
	Red de Salud	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Formación de formadores	Nivel 3: Consolidado	Estructural
	Mapeo de activos	Nivel 1: En desarrollo	P&CC
	Concurso de Ideas Juveniles	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	<i>Momentos Dis-Fruta</i>	Nivel 1: En desarrollo	P&CC
Llevant Sud (dist.), Palma, Baleares	Tiempo para Salud y Sonrisa	Nivel 3: Consolidado	Programática
	Red de Salud	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Patios activos	Nivel 2: En implementación	Estructural
	Talleres de cocina	Nivel 1: En desarrollo	Programática
	Ruta Saludable <i>El Bosque Mágico de Lynderath</i>	Nivel 2: En implementación	P&CC
	Huertos escolares	Nivel 3: Consolidado	Estructural

Nota: P&CC=Participación y Capacitación Comunitaria.

Tabla 3 (continuación)

Descripción de las acciones integradas en los Planes de Acción Local de los 8 pilotos.

Piloto	Título de la Acción	Nivel de Madurez	Tipología
Ponteareas (mun.), Pontevedra, Galicia	Red de Salud	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Taller Plato Harvard	Nivel 3: Consolidado	Programática
	Talleres de etiquetado nutricional	Nivel 3: Consolidado	Programática
	Ruta de Activos Escolar	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Pausas Activas	Nivel 2: En implementación	Programática
	Mapa interactivo	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Juegos en la Plaza	Nivel 3: Consolidado	Estructural
Covadonga (barrio), Torrelavega, Cantabria	Red de Salud	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Iniciativa de Prevención de la Obesidad	Nivel 2: En implementación	Programática
	Plan de Salud en Centros Educativos	Nivel 2: En implementación	Estructural
La Inmobiliaria (barrio), Torrelavega, Cantabria	Red de Salud	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Iniciativa Prevención de la Obesidad	Nivel 2: En implementación	Programática
	Plan de Salud en Centros Educativos	Nivel 2: En implementación	Estructural
Erandio (mun.), Vizcaya, País Vasco	Red de Salud	Nivel 3: Consolidado	P&CC
	Talleres de alimentación saludable	Nivel 1: En desarrollo	Programática
	Desayunos y menús saludables	Nivel 1: En desarrollo	Programática
	Deporte inclusivo en centros educativos y espacios públicos	Nivel 1: En desarrollo	Programática
	Espacios juveniles de bienestar	Nivel 1: En desarrollo	Estructural
	Servicios de apoyo psicológico	Nivel 1: En desarrollo	Estructural
	Campañas sobre uso de pantallas	Nivel 1: En desarrollo	Programática
	Formación en bienestar para entrenadores/as	Nivel 1: En desarrollo	Estructural

Nota: P&CC=Participación y Capacitación Comunitaria.

obesidad y sus determinantes, así como en los determinantes del entorno obesogénicos que podían ser mejoradas; las programáticas (n=14) fueron acciones para incrementar el conocimiento del entorno alimentario, la alimentación saludable, la obesidad y la salud en la red y en población general; y las estructurales (n=12) fueron las dirigidas a cambios sobre la infraestructura del entorno, planes de acción, diseño de rutas para caminar, juegos al aire libre, caminos a la escuela o actividades que se iniciaron y continúan después del proyecto. Se describen las cuarenta y siete acciones y su madurez en cuanto a su implementación (Nivel 1=en desarrollo; nivel=2, en implementación; nivel 3, consolidado).

La **TABLA 4** muestra el último paso, la sostenibilidad y cinco mecanismos aplicables al entorno local, con algunos ejemplos específicos conseguidos en el proyecto, como la integración en las estructuras de formación de formadores en Sevilla o en la red de municipios en la Comunitat Valenciana o la de actividades de promoción de la salud en Galicia. Se han diseñado programas formativos específicos con el grupo motor y obtenido experiencia para difundirlos. Los planes consiguen el compromiso político y la diseminación a otros municipios o escuelas, al igual que la gestión y transferencia del conocimiento mediante el desarrollo de guías y materiales informativos.

DISCUSIÓN

El proyecto ha conseguido visibilizar, en varios contextos locales, la posibilidad de producir cambios e implicar a la población para contribuir a reducir la obesidad infantil, mejorando el entorno obesogénico a través del conocimiento, las habilidades, la práctica de

la metodología de la acción comunitaria y la puesta en marcha de las acciones que contribuyen y contribuirán a la mejora de los entornos donde se vive. Además, si el foco de las acciones se pone sobre el entorno donde se vive, los beneficios se producen sobre toda población en ese barrio, tanto adulta como infantil. Todos los proyectos piloto encontraron que las escuelas son un punto de entrada clave y han participaron activamente, destacando la necesidad de apoyo de las autoridades, por encima de la dirección en algún caso, mientras que otros proyectos destacaron la importancia de la participación temprana del profesorado. En general, las escuelas se mostraron receptivas, pero se identificaron los incentivos o la carga de trabajo como factores importantes para mantener la participación.

Esta buena práctica puso el foco en el entorno obesogénico y trabajar con la población para desarrollar la capacidad de observar en el barrio, la escuela o el municipio donde se vive, las oportunidades y dificultades para conseguir una alimentación más saludable y una vida más activa, y también las posibilidades que ofrecen los entornos y el trabajo comunitario. Para ello la herramienta *Vivir saludable* jugó un papel fundamental al integrar en una misma conversación la descripción de cada determinante y porqué perjudica la salud, la exigencia de una puntuación, las razones o argumentos para dicha puntuación y las propuestas de mejora. El uso de este instrumento liderado por una persona con experiencia contribuye a incrementar el conocimiento de la población sobre el entorno donde vive, ya que ayuda a identificar la exposición negativa o positiva a los determinantes del entorno obesogénico del entorno donde se vive y cómo estos ayudan o no

Tabla 4

Descripción de las principales acciones de sostenibilidad en los 5 aspectos clave.

Integración de las acciones en las estructuras locales y adopción de políticas

- Programa de formación a formadores de Polígono Sur integrado en el Contrato de Formación de RELAS, Andalucía.
- Proyectos La Coma y El Raval en la red de municipios por la salud *XarxaSalut* de la Comunitat Valenciana. Creación de barrios BIPs (Barrios Innovadores en Promoción de la Salud).
- Portafolio de acciones implementadas trasladado por la Red Gallega de Promoción de la Salud (REGAPS) a otros municipios, escuelas y organizaciones comunitarias.
- Plan de salud en centros educativos Cantabria.

Fortalecer las capacidades locales y el liderazgo

- Capacitación de agentes locales, los grupos motor y las redes de salud (líderes comunitarios, profesionales sanitarios, ONG, farmacéuticas, madres y padres, etc.) como agentes formadores a la comunidad (por ejemplo, Polígono Sur, Andalucía).
- Integración de la experiencia en la formación de promoción de la salud (CV).

Compromiso institucional

- Compromiso del ayuntamiento de seguir liderando el proceso y ejecutando el Plan de Acción, designando 2 técnicas municipales de apoyo a la Red Local de Salud y presupuesto (Euskadi).
- Desarrollo de un sistema de información de obesidad y sobrepeso a nivel local en la Comunitat Valenciana.

Comunicación estratégica

- Comunicación y diseño de marca para el plan de alimentación saludable de Erandio, País vasco.

Gestión y transferencia del conocimiento

- Desarrollo de guías y material formativo (por ejemplo, Guía de implementación, Manual del programa *Formación a formadores*, taller *De la cesta a la mesa*, Polígono Sur, Andalucía); *El Bosque Mágico*, programa educativo de centros Llevant Sud y Fundación Rafa Nadal, Baleares.

a tener una vida más saludable (9,10,40). Estas herramientas participativas y el trabajo compartido de la población con la Salud Pública y el personal técnico local, entre otros, desde el inicio de la intervención, facilita su involucración en todo el proceso, contribuye a incrementar el conocimiento de la población desde el inicio del proyecto y a conseguir un mayor compromiso para apoyar el desarrollo de políticas cuando aparecen ventanas de oportunidad (40,41). Este tipo de implementaciones dirigidas a los entornos y con participación comunitaria parece que contribuyen a ser más duraderas en el tiempo, ya que las personas se apropian de ellas, además de contribuir a reducir las desigualdades en salud (41,42,43). La herramienta *Vivir saludable*, al ser utilizada en contextos muy diferentes, mostró algunas limitaciones porque se eliminó la dimensión de *alimentación no saludable*, que se fundió con *alimentación saludable*, ya que eran opuestas y generaba confusión en la forma de valoración. Se modificó ligeramente la pregunta de la dimensión *comer saludable* porque la experiencia mostró que las familias pensaban que la pregunta era sobre su situación personal. Y se aplicaron algunas modificaciones de estilo para clarificar algunas preguntas.

Las intervenciones de promoción de salud que se dirigen a modificar múltiples determinantes de la salud, en múltiples entornos, y que involucran a múltiples sectores se denominan complejas (44). Desde el inicio del proyecto no se esperaba reducir la obesidad debido al poco tiempo de duración de la intervención. Su objetivo fue crear un entorno comunitario favorable a continuar desarrollando acciones que tuvieran en un futuro como resultado la reducción de la obesidad y otros pro-

blemas de salud (9,10). Los resultados de estas intervenciones se consiguen a largo plazo y, por tanto, la evaluación de resultados siempre es un tema controvertido. Sin embargo, la evaluación de procesos puede cubrir esta deficiencia, documentando las características de la intervención, su contextualización, y las barreras o los factores que facilitan la intervención (19,44,45). Estos datos permiten a los responsables políticos y a los implementadores armonizar y optimizar las actividades de intervención, al trasladar la teoría a la práctica o a nuevos contextos, y al diseñar nuevas intervenciones en un entorno similar (45). Aunque en este artículo solo se presentan los pilotos realizados en diferentes CC. AA. en España, este proceso se llevó a cabo también en otros tres países participantes, usando la misma metodología y con el mismo objetivo de mejorar el entorno obesogénico, realizando un proceso de contextualización de la implementación del proyecto a su entorno, cultura, y políticas.

Los resultados del análisis DAFO de este estudio mostraron que el éxito en la ampliación y sostenibilidad de las intervenciones no depende de la replicación de prácticas, sino de permitir que los sistemas locales, incluidas las estructuras de gobernanza comunitaria, las adapten, las asuman e integren (45), y es lo que se ha pretendido, como se observó en nuestros resultados de sostenibilidad. Fortalecer la gobernanza participativa, los mecanismos de financiación a largo plazo y el aprendizaje institucional, tanto a nivel local como nacional y europeo, sigue siendo esencial para impulsar una promoción de la salud equitativa y sostenible en diversos contextos (45). En promoción de la salud, la implementa-

ción de las acciones se inicia desde el momento en que se forma el grupo de trabajo, se consigue el apoyo político y se empieza a contactar con las asociaciones y otros activos que apoyan el objetivo. Aunque luego se realizaron acciones específicas como concursos, capacitación, rutas para caminar o huertos escolares, lo que se pretende es iniciar una nueva forma de trabajo basado en el trabajado continuado intersectorial, participativo y con perspectiva de equidad, que aporta esta nueva forma de abordar e implementar acciones para abordar los problemas de salud que se inició con la *Carta de Ottawa* (46). Sin embargo, una de nuestras limitaciones con estos resultados es la imposibilidad de evaluar si se ha conseguido la sostenibilidad al haber finalizado el proyecto

Los determinantes del entorno obesogénico son muchos y aunque se ha pretendido ofrecer un enfoque de entorno y no individual, existen muchos factores al nivel nacional o sistémico que contribuyen a que los efectos de estas acciones sean limitados. Se priorizó al inicio del proyecto el compromiso político con el proyecto para paliar estos efectos y asegurar el enfoque de entorno y la sostenibilidad. Sin embargo, la mayor experiencia se encuentra en las acciones individuales y es difícil que los gobiernos locales, por diferentes tipos de razones, incluyan la salud en sus políticas (47). Es necesario contribuir con cambios en los factores ambientales básicos relacionados con la alimentación, como el acceso a tiendas de conveniencia, supermercados, tiendas de comestibles, restaurantes de servicio completo, restaurantes de comida rápida y mercados de frutas y verduras (48). Y también cambios en el diseño urbano, como la conectividad vial, la densidad residencial, la mez-

cla de usos del suelo, el límite de velocidad, la expansión urbana y el acceso a espacios verdes, el transporte público, los carriles bici, las aceras y la estética del vecindario. Estos son los determinantes que dibujan nuestras posibilidades de elección para llevar un comportamiento más saludable (48). Estas iniciativas que mostramos contribuyen a que la población comprenda y aprenda el papel que el entorno donde vive tiene para su salud y pueda ayudar al desarrollo de las políticas nacionales recogidas en el PENROI. Un análisis realizado con los ensayos aleatorizados en la base de datos *Cochrane Reviews* desde principio de los años 90 muestra que, a pesar de la gran bibliografía existente en la actualidad y el creciente reconocimiento de que la obesidad poblacional es un problema sistémico complejo, la mayor parte de la investigación y, por tanto, evidencia de los ensayos aleatorizados se centra en los determinantes individuales (49). Y, por tanto, también mayoritariamente, y se describen dos ejemplos a continuación, con abordajes individuales o a lo sumo familiares centrados en conocimientos y habilidades para una alimentación más saludable y el incremento del ejercicio físico en la escuela (50), o hablar sobre obesidad con personas obesas como estrategia para reducirla (51).

El trabajo coordinado conjunto entre varios profesionales ha permitido llegar más lejos que cada institución por separado, incorporando en la práctica los aprendizajes de grupo. Se compartió una misma metodología de intervención de promoción de la salud, como en otros proyectos (52), basada en la participación comunitaria, el trabajo colaborativo con otros sectores y la reflexión del impacto sobre la equidad de las actuaciones. Esto tiene grandes implica-

ciones para la práctica, al intentar contribuir a armonizar una metodología de intervención que asegure una contextualización basada en el análisis de las necesidades detectadas y en los activos identificados de forma participativa, que comparta un conocimiento que empodere a la población, contribuya a aprender y comprender el impacto del entorno donde se vive sobre la salud y a incrementar la capacidad de participar a desarrollar políticas de salud. 

BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K et al. *Health effects of overweight and obesity in 195 Countries over 25 Years*. N Engl J Med. 2017;377:13-27.
2. *Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, second edition*. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>).
3. *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022-2024*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8ee17a15-aa52-421e-94d1-892c3cf191e8/content>.
4. *WHO European Regional Obesity Report 2022*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
5. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD et al. *The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments*. Lancet 2011; 378: 804-814.
6. *Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil (2022-2030)*. Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil (Coord). Presidencia del Gobierno de España. Madrid 2022. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/infanciaAdolescencia/infancia/obesidad/docs/planObesidadInfantil.pdf>
7. Health4EUKids. *Your health kids, our priority*. <https://www.dype.de/gr/health4eukids/>
8. EU Best Practice Portal on Public Health. Marketplaces. *Online Marketplace event on best practices in risk factors of non-communicable diseases, 2022*. https://health.ec.europa.eu/events/online-marketplace-event-best-practices-risk-factors-non-communicable-diseases_en
9. Igel U, Gausche R, Lück M, Molis D, Tobias L, Karoline S, Wieland K, Gesine G. *Community-based health promotion for prevention of childhood obesity. Study design of a project in Leipzig-Grunau*. Ernährungs Umschau 2016; 63:8-15.
10. Igel U, Gausche R, Lück M, Grande G, Kiess W. *Gemeinwesen-basierte Prävention und kindliche Adipositas [Community-based prevention of obesity in children]*. Monatsschr Kinderheilkd 2022;170:504-512.

11. Garcia-Sierra M, Peiró R, Boned-Ombuena A, Quiles J, Kasten F, Igel U et al. *D51 Implementation plan guide in disadvantaged areas (Health4EUKids)*. Valencia (Spain): FISABIO-Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana; 2023 [consultado 16 ene 2026]. Disponible en: <https://www.dypede.gr/wp-content/uploads/Implementation-plan-guide.pdf>
12. Public Health Scotland. (2023). *The Place Standard Tool*. Public Health Scotland. <https://publichealthscotland.scot/publications/place-standard-tool/>
13. Dancy J, Reeve B, Jones A, Ferguson M, Van Burgel E, Brimblecombe J. *The use of private regulatory measures to create healthy food retail environments a scoping review*. Public Health Nutr. 2024 Mar 11;27(1):e88.
14. Vogel C, Lewis D, Ntani G, Cummins S, Cooper C, Moon G, Baird J. *The relationship between dietary quality and the local food environment differs according to level of educational attainment: A cross-sectional study*. PLoS One 2017;12:e0183700.
15. Goodman M, Thomson J, Landry A. *Food Environment in the Lower Mississippi Delta: Food Deserts, Food Swamps and Hot Spots*. Int J Environ Res Public Health 2020;17:3354.
16. Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. *Healthy nutrition environments: Concepts and measures*. Am J Health Promotion, 2005;19: 330-333.
17. Bivoltis A, Christian H, Ambrosini GL, Hooper P, Pulker CE, Thornton L, Trapp GSA. *The community food environment and its association with diet, health or weight status in Australia: A systematic review with recommendations for future research*. Health Promot J Austr 2023;34:328-365.
18. Smith D, Cummins S, Clark C, Stansfeld S. *Does the local food environment around schools affect diet? Longitudinal associations in adolescents attending secondary schools in East London*. BMC Public Health. 2013;13:70.
19. Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. *Role of Built Environments in Physical Activity, Obesity, and Cardiovascular Disease*. Circulation 2012;125:729-737.
20. Prince SA, Kristjansson EA, Russell K, Billette JM, Sawada MC, Ali A, Tremblay MS, Prud'homme D. *Relationships between neighborhoods, physical activity, and obesity: a multilevel analysis of a large Canadian city*. Obesity 2012;20:2093-2100.
21. Manandhar S, Suksaroj TT, Rattanapan C. *The Association between Green Space and the Prevalence of Overweight/Obesity among Primary School Children*. Int J Occup Environ Med 2019;10:1-10.
22. Barradas S, Lucumí D, Guzmán-Tordecilla DN, Young J, Pinzón D. *Built environment interventions and physical activity levels: A systematic review*. Biomedica, 2022;42(Sp.1):79-88.
23. Omura JD, Carlson SA, Brown DR, Hopkins DP, Kraus WE, Staffileno BA, Thomas RJ, Lobelo F, Fulton JE; American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Clinical Cardiology. *Built Environment Approaches to Increase Physical Activity: A Science Advisory from the American Heart Association*. Circulation 2020;142:e160-e166.
24. Süner AF, Sümen A. *Physical activity habits and associated factors in open green spaces of young adults: A cross-sectional study*. Public Health Nurs. 2024;41:1385-1394.
25. Alhasan DM, Gaston SA, Gullett L, Jackson WB 2nd, Stanford FC, Jackson CL. *Neighborhood Social Cohesion and Obesity in the United States*. Endocr Metab Sci 2023;11:100129.
26. Fields ND, Whitcomb BW, Bertone-Johnson ER, Martínez AD, VanKim NA. *Race-specific associations between psychological distress and obesity: the role of social cohesion*. Ethn Health, 2023;28:446-457.
27. Were JM, Hunter S, Patte KA, Leatherdale ST, Pabayo R. *Income inequality and comorbid overweight/obesity and depression among a large sample of Canadian secondary school students: The mediator effect of social cohesion*. SSM Popul Health 2024;28:101710.
28. Daniels KM, Schinasi LH, Auchincloss AH, Forrest CB, Diez Roux AV. *The built and social neighborhood environment and child obesity: A systematic review of longitudinal studies*. Prev Med. 2021;153:106790.
29. Hinten AE, Wolsey K, Henderson AME, Scarf DA. *Survey of Screen Media Access and Use in Primary School Children's Households*. Children 2023;10:28.
30. *Youth Physical activity: the role of families*. U.S. Department

of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Adolescent and School Health.
www.cdc.gov/HealthyYouth

31. WHO Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>

32. Shloim N, Edelson LR, Martin N, Hetherington MM. Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychol* 2015; 6:1849.

33. Tambalis KD, Panagiotakos DB, Psarra G, Sidossis LS. Insufficient Sleep Duration Is Associated With Dietary Habits, Screen Time, and Obesity in Children. *J Clin Sleep Med* 2018;14:1689-1696.

34. Trudeau F, Shephard RJ. Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2008;5:10.

35. Gallegos D, Manson A, Vidgen HA, Byrne R, Johnson BJ. School-Provided Meals and the Prevention of Childhood Obesity: A Small part of a Very Important Story. *Curr Obes Rep* 2025;14:44.

36. Bailey R, Ries F, Scheuer C. Active Schools in Europe. Review of Empirical Findings. *Sustainability* 2023;15:3806.

37. Bayley R. Physical Education and Sport in Schools: A Review of Benefits and Outcomes. *J Sch Health* 2006;76:397-401

38. Busch AM, Hubka A, Lynch BA. Primary Care Provider Knowledge and Practice Patterns Regarding Childhood Obesity. *J Pediatr Health Care*. 2018;32:557-563.

39. Schell SF, Luke DA, Schooley MW, Elliott MB, Herbers SH, Mueller NB, Bunker AC. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implement Sci*, 2013;8:15.

40. Vincent R, Kamuya D, Adhikari B, Nyirenda D, Lavery JV, Molyneux S. Community engagement and the centrality of 'working relationships' in health research. *BMJ Glob Health* 2024;9:e015350.

41. T-K Huang T, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, Rivera JA, Levy D, Hammond RA, Lambert EV, Kuman-yika SK. Mobilisation of public support for policy actions to prevent

obesity. *The Lancet*, 2015; 9985:2422-2431.

42. Hillier-Brown FC, Bamba CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children.

43. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67:190-193.

44. O'Byrne Y, Dinneen J, Coppinger T. Methodology for evaluation of complex school-based health promotion interventions. *Journal of Public Health Policy* 2024; 45:623-638

45. Palermo V, Cattaneo C, Scardetta P, Di Nolfi A, Di Stefano V, Splendore F, Zambri F, Vantarakis A, Garcia-Sierra M, Peiró-Pérez R, Erreguerena-Redondo I, Kuusipalo H, Koivurinta E, Giusti A & Health4EUKids working group. Factors enabling transferability of European health promotion best practices: a participatory SWOT analysis. *Gac Sanit*. **[En revisión]**

46. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: OMS; 1986.

47. Lilly K, Kean B, Hallett J, Robinson S, Selvey LA. Factors of the policy process influencing Health in All Policies in local government: A scoping review. *Front Public Health* 2023;11:1010335.

48. Jia P. Obesogenic environment and childhood obesity. *Obesity Reviews*. 2021;22(S1):e13158.

49. Nobles J, Summerbell C, Brown T, Jago R, Moore T. A secondary analysis of the childhood obesity prevention Cochrane Review through a wider determinants of health lens: implications for research funders, researchers, policymakers and practitioners. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2021;18:22

50. Ayuntamiento de Madrid. Madrid salud [Internet]. Disponible en: <https://madridsalud.es/el-ayuntamiento-pone-en-marcha-un-proyecto-para-prevenir-la-obesidad-infantil-y-fomentar-los-habitos-saludables-entre-los-escolares-madrilenos/>

51. Study Details | NCT06855563 | Cities for Better Health Childhood Obesity Prevention Initiative | [Internet] ClinicalTrials.gov. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06855563>

52. Peiró-Pérez R, Krizan H, Duric A, Boned-Ombuena A, Di Girolamo C, Dreher A, García-Sierra M, Giusti A, Hay G, Plantz C, Sandström P, Iszatt N, Brukało K. *Development of a harmonized approach for healthier living environments in European local communities through JAPreventNCD: Closing the gap between research and practice.* Scand J Public Health 2025;53 (3_suppl):35-42.