

Purpose

Promoting Understanding & Research into
Productivity, Obesity Stigma & Employment

El estigma de la obesidad y el empleo en España

Billy Campbell, Zofia Bajorek, Stephen Bevan, Dan Muir



Novo Nordisk había proporcionado la financiación al Instituto de Estudios Laborales (IES) para llevar a cabo la creación del programa PURPOSE, incluida la producción de este informe. Novo Nordisk no ha tenido influencia sobre el contenido de este informe. IES conserva el control editorial total sobre este informe y todos los aspectos del programa PROPÓSITO.



Institute for Employment Studies

El Institute for Employment Studies es un centro internacional, apolítico e independiente de investigación y consultoría en materia de política de empleo público y gestión organizativa de recursos humanos. Trabaja en estrecha colaboración con empresas del sector manufacturero, de servicios y público, departamentos gubernamentales, agencias y organizaciones de profesionales y trabajadores. Durante 50 años, el Instituto ha sido un centro de conocimientos y experiencia práctica en materia de políticas de empleo y formación, funcionamiento de los mercados de trabajo y planificación y el desarrollo de los recursos humanos. El IES es una organización sin ánimo de lucro que cuenta con unos 50 empleados multidisciplinares y colaboradores internacionales. Los conocimientos especializados del IES están disponibles para todas las organizaciones a través de investigaciones, consultoría, publicaciones e Internet. Infundimos nuestros valores al trabajo que realizamos. Nos esforzamos por alcanzar la excelencia, ser colaborativos y aportar curiosidad a lo que hacemos. Trabajamos con integridad y tratamos a las personas con respeto y compasión.

Terminología inclusiva

La terminología utilizada para definir el origen étnico sigue evolucionando y se ha generado una mayor concienciación sobre el género, las diferencias cognitivas y la discapacidad. El IES pretende ser una organización de aprendizaje; por ello, estamos adaptando nuestras prácticas para armonizarlas con estos cambios. Nuestro objetivo es ser específicos cuando nos referimos a la etnia de cada persona y utilizar su propio autodescriptor siempre que sea posible. Cuando esto no es factible, adoptamos el enfoque de la Race Disparity Unit (Unidad de Disparidad de Razas, RDU) que utiliza el término «minorías étnicas» para referirse a todos los grupos étnicos excepto el británico blanco. La RDU no utiliza los términos BAME (negros, asiáticos y minorías étnicas) o BME (negros y minorías étnicas), ya que estos términos destacan ciertos grupos étnicos y excluyen otros. También recomienda no capitalizar grupos étnicos (como «negros» o «blancos») a menos que el nombre de ese grupo incluya un lugar geográfico. En términos más generales, entendemos que, aunque las personas pueden tener deficiencias, es la sociedad la que las incapacita, por lo que nos referimos a personas con discapacidad. No todas las personas se identifican con el género masculino o femenino, en nuestro trabajo reflejamos sus propias descripciones y utilizamos el término no binario si es necesaria una abreviatura. Valoramos la neurodiversidad. En la medida de lo posible, utilizamos los autodectores de las personas en lugar de imponerles categorías..

Agradecimientos

Los autores desean manifestar su agradecimiento a las filiales españolas que han dedicado tiempo a hablar con nosotros y a contribuir en esta investigación. Este proyecto también se ha beneficiado de la experiencia de Zoe Gallagher en el IES para formatear el informe, de Steve O'Rourke y Sophia Bell por su ayuda con los diseños y de Dan Smith por los gráficos biónicos para el diseño final. Por último, agradecemos a Novo Nordisk por financiar esta investigación y por continuar nuestro aprendizaje y comprensión del estigma de la obesidad y el empleo.

Institute for Employment Studies
City Gate
185 Dyke Road
Brighton BN3 1TL
REINO UNIDO

Teléfono: +44 (0)1273 763400
Correo electrónico: askIES@employment-studies.co.uk
Sitio web: www.employment-studies.co.uk
Copyright © 2023 Institute for Employment Studies
Código del proyecto del IES: 6142



Índice

Resumen ejecutivo	4
Introducción	7
El programa PURPOSE	8
¿Qué es la obesidad?	9
<i>Definiciones y causas de la obesidad.....</i>	<i>9</i>
<i>Prevalencia y consecuencias de la obesidad</i>	<i>10</i>
<i>Prevalencia de la obesidad.....</i>	<i>10</i>
<i>Consecuencias de la obesidad para la salud y la economía</i>	<i>10</i>
Prevalencia e impacto de la obesidad en España.....	12
Obesidad en España.....	13
<i>Prevalencia de la obesidad.....</i>	<i>13</i>
<i>Costes sanitarios y sociales de la obesidad.....</i>	<i>14</i>
<i>Proyecciones.....</i>	<i>16</i>
¿Un enfoque estratégico de la obesidad en España?	16
¿Por qué considerar la obesidad y el empleo?	18
Obesidad y empleo en España	20
<i>Implicaciones para la contratación</i>	<i>20</i>
<i>Implicaciones para la productividad</i>	<i>21</i>
<i>Obesidad, empleo y género</i>	<i>21</i>
Recomendaciones	26
<i>El Gobierno español.....</i>	<i>27</i>
<i>Profesionales sanitarios españoles.....</i>	<i>27</i>
<i>Empresas españolas.....</i>	<i>28</i>
Bibliografía	29
Anexo 1 Estimación del impacto en la carrera profesional de la penalización salarial por obesidad para las mujeres en España.....	34
Metodología.....	35
Observaciones	35
Supuestos.....	37
Posibles mejoras.....	39

Resumen ejecutivo





Resumen ejecutivo

A pesar de que cada vez hay más evidencias de las consecuencias clínicas, sociales y económicas de la obesidad en los países de la OCDE, sigue siendo infrecuente que se preste una atención significativa al estigma de la obesidad y la discriminación en el empleo. Este informe establece los datos disponibles sobre los resultados en materia de empleo de las personas con obesidad en España en un contexto internacional. Pone de relieve la carencia de datos y varios ámbitos en los que los responsables políticos, los profesionales sanitarios y las empresas españolas podrían considerar la adopción de medidas para garantizar que las personas con obesidad puedan disfrutar de igualdad de oportunidades en el empleo. Los principales resultados de nuestro análisis de la evidencia son los siguientes:

- Los índices de obesidad en todo el mundo se han triplicado desde 1975, con más de 650 millones de adultos y al menos 340 millones de niños con sobrepeso u obesidad. Casi tres de cada cinco personas en la OCDE tienen sobrepeso y cerca del 40 % de este grupo tienen obesidad.
- En España, el 16 % de los adultos tienen obesidad según el IMC, y el 36 % tienen obesidad según las medidas de obesidad abdominal. La prevalencia de la obesidad es mayor en las comunidades españolas desfavorecidas y guarda una estrecha relación con el nivel educativo. Por ejemplo, una mayor proporción de adultos cuya educación no avanzó más allá de la enseñanza secundaria viven con obesidad en comparación con los graduados universitarios, y esta variación es especialmente notable entre las mujeres.
- En 2050, más del 8 % del gasto sanitario en los países de la OCDE se destinará al tratamiento de la obesidad y otras enfermedades relacionadas. En España, unos 26.000 millones de euros del gasto sanitario anual se destinan al tratamiento del sobrepeso y la obesidad y de otras enfermedades relacionadas.
- En la OCDE, se ha demostrado que la obesidad reduce la esperanza de vida entre 0,9 y 4,2 años. En España esta cifra es de 2,7 años, reduciéndose en 3,5 los años de vida saludable de las personas que viven con obesidad en comparación con la población española con un peso promedio.
- Estudios internacionales han demostrado que las personas que tienen obesidad se ven sometidas al estigma y la discriminación en el mercado laboral y en el trabajo. Esto incluye un menor éxito en la contratación, una reducción de los ascensos y menos acceso a oportunidades de formación y desarrollo. En España existen indicios de discriminación basada en el peso en la contratación, que afecta especialmente a las mujeres. También hay evidencias de que los españoles con sobrepeso y obesidad abandonan el mercado laboral de forma anticipada y reclaman prestaciones por discapacidad en mayor proporción que los trabajadores con un peso promedio.
- Por término medio, se aplica una penalización salarial del 9 % a las mujeres con obesidad en edad de trabajar en comparación con las mujeres con un peso promedio. En España, esto equivale a una reducción media de los ingresos anuales de las mujeres que viven con obesidad de 2.051 euros por cada mujer, o de 3.490 millones de euros teniendo en cuenta a todas las mujeres con obesidad en edad de trabajar.
- Esta penalización salarial parece comenzar cuando las mujeres abandonan la educación a tiempo completo y acceden al mercado laboral, y continúa en las etapas profesionales posteriores. Nuestras estimaciones indican que, a lo largo de una carrera profesional, una mujer con obesidad a los 18 años puede haber dejado de percibir hasta 110.000 euros en el momento de su jubilación. Algunos estudios de investigación indican que este perjuicio persiste, aunque una persona reduzca su peso durante su vida laboral. Gran parte, si no la totalidad, de esta penalización salarial puede explicarse por el estigma y la discriminación.

- Durante la pandemia de Covid 19 se puso de manifiesto que las personas que vivían con obesidad tenían un elevado riesgo de presentar síntomas más graves, requiriendo hospitalización, y desarrollando síntomas más a largo plazo de la denominada Covid persistente. Estos riesgos fueron especialmente altos en países como España, donde más del 50 % de la población vive con sobrepeso u obesidad. Las consecuencias de estos riesgos para la salud pública y el empleo a medio y largo plazo aún no están claras, aunque su posible repercusión en la conservación del empleo, la reincorporación al trabajo y otros resultados en materia de empleo deberá ser objeto de un estrecho seguimiento en los próximos meses.

Se prevé que en 2030 habrá 3.100.000 más de ciudadanos españoles con sobrepeso y obesidad, lo que aumentará los costes para los sistemas sanitarios en unos 3.000 millones de euros cada año. A pesar de ello, el Gobierno español no ha publicado una estrategia formal para la obesidad desde 2004, y las directrices de salud pública casi no mencionan los resultados en materia de empleo experimentados por las personas que viven con obesidad.

Concluimos que existen varias acciones que podrían ser consideradas por el Gobierno español, los profesionales sanitarios y las empresas españolas para mejorar los resultados en materia de empleo de las personas con obesidad en España. Entre estos se incluyen:

Responsables políticos españoles: Contemplar la posibilidad de aclarar la situación legal de la obesidad en la legislación en materia de empleo e igualdad; revisar el apoyo existente prestado a los médicos de familia para analizar positivamente los problemas laborales con los pacientes con obesidad; considerar la inclusión del empleo como un tema más explícito en cualquier futura estrategia española para abordar la obesidad, incluido el principio de que el trabajo debe ser un resultado clínico de las intervenciones sanitarias; considerar ofrecer orientación a los profesionales sanitarios y las empresas sobre el tratamiento y la rehabilitación de las personas que viven con obesidad que corren el riesgo de contraer la Covid 19 y la Covid persistente. Además, se propone la posibilidad de considerar las consecuencias profesionales y salariales de la obesidad infantil, especialmente entre las jóvenes con obesidad.

Profesionales sanitarios españoles: Considerar la conservación del empleo y la rehabilitación profesional al analizar el tratamiento y la asistencia de los pacientes con obesidad; tener en cuenta las complicaciones de salud mental de forma más explícita al tratar la obesidad; fomentar el autocuidado apoyado por los pacientes, sobre todo cuando analizan las adaptaciones en el lugar de trabajo con los empleadores, para garantizar que el empleo favorezca la conservación del empleo y la rehabilitación.

Empresas españolas: Considerar la inclusión explícita de la obesidad en las políticas de RR.HH. en materia de diversidad e inclusión; tratar de eliminar toda práctica que exija, explícita o implícitamente, que los empleados cumplan con normas de vestimenta o aspecto que puedan ser estigmatizantes para los empleados que viven con obesidad; garantizar que la actividad de promoción de la salud en el lugar de trabajo no refuerce los estereotipos estigmatizantes; considerar enfoques creativos para el nuevo diseño o la creación del puesto de trabajo que permitan a las personas con obesidad prosperar en el trabajo.

Aunque el Gobierno español no esté dispuesto actualmente a designar la obesidad como una enfermedad en sí misma, existen pruebas convincentes de que constituye un factor de riesgo importante para una serie de enfermedades crónicas y fluctuantes que afectan a la capacidad para trabajar y reducen la calidad de vida en relación con el trabajo. Ya se ha demostrado que la prevalencia de la obesidad en España está estrechamente relacionada con la privación y la desventaja social. En nuestra opinión, la obesidad debe considerarse como una prioridad política para garantizar que esta desventaja y desigualdad no se vean agravadas aún más por el estigma del sistema e institucional o la discriminación tanto en el mercado laboral como en los centros de trabajo españoles.

Introducción





Introducción

Muchos consideran que la obesidad es una de las amenazas para la salud y el bienestar de las personas, para la inclusión social y la economía en general, que registra un crecimiento más rápido (Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad, 2015). Gran parte del estigma hacia las personas que viven con obesidad se basa en la suposición errónea de que las personas que tienen obesidad pueden controlar fácilmente su peso comiendo menos y haciendo más ejercicio. Esta visión simplista puede dar lugar a que se produzca la discriminación y el estigma hacia las personas con obesidad, algo que ocurre en numerosos contextos y que aparentemente sigue siendo aceptable. Sin embargo, esto también significa que los esfuerzos positivos para lograr avances reales en la reducción de la prevalencia y la repercusión de la obesidad en la sociedad pueden verse obstaculizados debido a unas bajas expectativas.

El programa PURPOSE¹

La investigación sobre la obesidad se ha centrado a menudo en su prevalencia e impacto en la sociedad como un problema de salud pública. Sin embargo, el impacto que puede tener la obesidad sobre los resultados en materia de empleo y la participación en el mercado laboral suele desestimarse en las estrategias sobre la obesidad y se investiga poco. El objetivo del programa Purpose (Promoting Understanding and Research into Productivity, Obesity Stigma and Employment) Promover la comprensión y la investigación de la productividad, el estigma de la obesidad y el empleo), lanzado por el Institute for Employment Studies (IES) en noviembre de 2020, es centrarse en cómo se pueden mejorar los resultados en materia de empleo y en el mercado laboral de las personas que viven con obesidad mediante una acción conjunta de varias partes interesadas relevantes (entre ellas, los responsables políticos, las empresas, las profesiones sanitarias, el público en general, los medios de comunicación y las propias personas con obesidad). Nuestro estudio pone de relieve lo que muestra la evidencia sobre los orígenes del estigma en relación con el peso, las consecuencias para las personas con obesidad y su vida laboral, y la economía y la sociedad en general de las que forman parte.

El objetivo del Programa Purpose es ofrecer acceso a la evidencia sobre el estigma y la discriminación a los que se enfrentan los adultos en edad de trabajar y sugerir medidas prácticas que puedan ayudar a mejorar los resultados para las personas que viven con obesidad. Se espera que las evidencias recabadas y presentadas a través de los resultados del Programa Purpose se utilicen para:

- Ayudar a las empresas a tomar decisiones sobre contratación, desarrollo, rendimiento y remuneración;
- Garantizar que las personas con obesidad reciban el apoyo tanto de los profesionales sanitarios como de los empleadores para permanecer y prosperar en el trabajo;
- Ayudar a los responsables políticos a formular y aplicar políticas que ofrezcan a los empleados con obesidad las mejores oportunidades para llevar una vida laboral plena y satisfactoria.

En este informe nos centramos en el estigma y la discriminación por obesidad en el empleo en España. Hemos llevado a cabo investigaciones documentales para analizar la literatura clínica y de ciencias sociales sobre el estigma de la obesidad y el empleo, hemos examinado fuentes de datos en España y a escala internacional, y hemos mantenido entrevistas y correspondencia con investigadores y académicos españoles interesados en estos temas. Comenzamos con una visión general de la definición y las causas de la obesidad y con un breve análisis sobre por qué es necesario dar mayor prioridad a las consecuencias económicas y laborales de la obesidad para las personas en edad de trabajar.

1 Novo Nordisk ha proporcionado fondos al Institute for Employment Studies (IES) para la creación del programa PURPOSE, incluida la elaboración del presente informe. Novo Nordisk no ha influido en el contenido de este informe ni del programa. El IES mantiene un control editorial pleno y final sobre este informe y sobre todos los aspectos del programa PURPOSE.

¿Qué es la obesidad?

Definiciones y causas de la obesidad

La Organización Mundial de la Salud (2016) definió el sobrepeso y la obesidad como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud» y suele medirse utilizando la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC). El sobrepeso se define como un IMC de 25-29,9 kg/m² y la obesidad como un IMC de 30 kg/m² o más (aunque se utilizan puntos de corte más bajos para definir la obesidad en las minorías étnicas, como consecuencia de un mayor riesgo de diabetes de tipo 2 y de enfermedad cardiovascular entre los grupos asiáticos). Aunque el IMC se utiliza habitualmente en situaciones diagnósticas, directrices terapéuticas y contextos clínicos, existe controversia sobre si métodos como el Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton, el índice de cintura cadera, el perímetro de la cintura o el porcentaje de grasa corporal podrían mejorar las mediciones de la obesidad.

Varios organismos internacionales y nacionales identifican la obesidad como una enfermedad (p. ej., la OMS, la Asociación Médica Estadounidense y “Obesity Canada”) y, más recientemente, la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria votó a favor de adoptar la propuesta de EU4Health para clasificar la obesidad como una enfermedad crónica. Muchos expertos creen que clasificar la obesidad como una enfermedad podría garantizar que el tratamiento de la obesidad reciba la prioridad y financiación adecuadas, y podría reducir el estigma que sufren las personas que viven con obesidad al destacar la gravedad y las consecuencias de la obesidad.

Una percepción habitual es que la obesidad depende sobre todo del autocontrol de una persona. Esto ha llevado a pensar que las personas con obesidad carecen de fuerza de voluntad y autodisciplina. Sin embargo, el informe de Foresight en el Reino Unido «*Tackling Obesity: Future Choices*» (*Tratar las obesidades: opciones futuras*) analizó las numerosas causas de obesidad, a menudo interrelacionadas, detallando la complejidad de la enfermedad, entre ellas:

- **Biológicas:** incluidas las causas neurológicas y fisiológicas de la obesidad, la función que desempeña el cerebro en el equilibrio energético, la genética y la variabilidad hormonal pueden influir en la propensión de una persona a la obesidad.
- **Entorno obesogénico:** referido a factores ambientales, sociales y culturales que podrían influir en la obesidad. Por ejemplo, la accesibilidad de las instalaciones locales que promueven estilos de vida activos y el entorno alimentario.
- **Desigualdades:** especialmente en relación con las desigualdades sociales y económicas. La salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que las personas nacen, crecen y viven. Quienes viven en zonas más desfavorecidas experimentan mayores desigualdades en materia de salud, y es más probable que se encuentren en la parte inferior del «gradiente social» en la salud.
- **Empleo:** el lugar de trabajo y la forma en que está diseñado el trabajo pueden influir en la obesidad. El trabajo por turnos o los cambios en el horario de trabajo pueden dar lugar a cambios en los ritmos biológicos, los patrones de sueño y los hábitos alimentarios. Las presiones laborales, la autonomía, los factores sociales estresantes y el nivel de apoyo psicosocial y trato interpersonal también se han asociado con aumento de peso.
- **Salud mental/estrés:** las personas que sufren depresión son propensas a desarrollar obesidad, pero las personas con obesidad también pueden desarrollar depresión. Además, existe una conexión entre algunos medicamentos psiquiátricos para la psicosis y el aumento de peso.

Prevalencia y consecuencias de la obesidad

Prevalencia de la obesidad

La prevalencia de la obesidad ha aumentado hasta convertirse en un problema mundial debido a su impacto en los resultados sanitarios y económicos. En 2016 la OMS señaló que:

- Los índices de obesidad en todo el mundo se habían triplicado desde 1975. Más de 1.900 millones de adultos (de 18 años o más) tenían sobrepeso, de los cuales 650 millones de adultos eran personas con obesidad.
- La prevalencia de los niños que vivían con obesidad también estaba aumentando: más de 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos, y había más de 340 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años con sobrepeso u obesidad.

La OCDE (2019) señaló que:

- El número de personas con obesidad grave (IMC de 40 kg/m²) está creciendo actualmente al mismo ritmo que las personas con obesidad de bajo riesgo (IMC de 30–34,9 kg/m²).
- Casi tres de cada cinco personas que viven en un Estado miembro de la OCDE o de la UE tienen sobrepeso, alrededor del 40 % de estas personas tienen obesidad y el 60 % restante se encuentra en niveles de preobesidad. Sin embargo, existen variaciones entre los países, ya que en algunos de ellos el número de personas que viven con obesidad es mayor que el de personas con preobesidad.
- Según los informes, los hombres y las mujeres tienen las mismas probabilidades de vivir con obesidad, pero los hombres tienen más probabilidades de padecer sobrepeso

Consecuencias de la obesidad para la salud y la economía

La investigación también se ha centrado en las implicaciones del aumento de los niveles de obesidad para la salud y la economía de los países desarrollados. El informe de la OCDE (2019) destaca una serie de consecuencias clínicas y económicas del aumento de los niveles de obesidad, resumidas en la Figura 1 a continuación.

Figura 1 Consecuencias clínicas y económicas de la obesidad



Todavía no se han documentado en su totalidad las consecuencias de la Covid 19 para la salud y el empleo de las personas que viven con obesidad. Sin embargo, sabemos que las personas con obesidad tenían un mayor riesgo de un resultado positivo en las pruebas, hospitalización, nivel avanzado de tratamiento (p. ej., ventilación mecánica/ingreso en unidades de cuidados intensivos/cuidados críticos) y muerte como consecuencia de contraer la Covid 19 (Frühbeck et al., 2020). El Foro Mundial de la Obesidad (2021) también indicó que, en los países en los que menos de la mitad de la población adulta está clasificada como obesa, la probabilidad de muerte por Covid 19 fue aproximadamente de una décima parte del nivel observado en los países en los que más de la mitad de la población tiene sobrepeso o tiene obesidad. Ahora también hay nuevos indicios de que las personas que viven con obesidad tienen un mayor riesgo de contraer Covid 19 persistente (desarrollando complicaciones a largo plazo de la Covid 19 después de la fase aguda)². En consecuencia, el Foro Mundial de la Obesidad (2021) sostiene que actualmente existe un interés renovado en que la acción colectiva impulse la priorización de medidas para el tratamiento de la obesidad, a fin de reducir su impacto en la salud de las personas y las economías de los países.

² <https://www.webmd.com/lung/news/20210608/obesity-increases-risk-of-long-covid-study-finds>

Prevalencia e impacto de la obesidad en España



Prevalencia e impacto de la obesidad en España

En España, al igual que en muchas otras economías desarrolladas, la obesidad se considera principalmente un problema de salud pública. Esto es lo que hemos observado, ya que la obesidad y las otras enfermedades para las que representa un factor de riesgo, explican una proporción cada vez mayor de utilización de recursos sanitarios, y porque influye a lo largo de la vida en la salud de la población. En esta sección presentamos una visión general de las tendencias actuales y futuras de la obesidad y su impacto en la población y la economía españolas.

Obesidad en España

Prevalencia de la obesidad

En España, más de la mitad (53,8 %) de la población mayor de 18 años tenía sobrepeso o vivía con obesidad en 2019 (World Obesity, 2021). De este porcentaje, el 37,8 % se clasifica como personas con sobrepeso y el 16 % como personas con obesidad. Existen grandes disparidades de género en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad dentro de la población española, siendo más probable que los hombres experimenten ambos. El 61,7 % de los hombres en España tiene sobrepeso u obesidad: El 45,1 % tiene sobrepeso y 16,6 % tienen obesidad. Por el contrario, el 30,6 % de las mujeres en España tienen sobrepeso y el 15,3 % viven con obesidad, lo que supone un total del 45,9 % de las mujeres (World Obesity, 2021).

Utilizando datos de ocho oleadas de la Encuesta Nacional de Salud en España (entre personas mayores de 16 años), Basterra Gortari et al. (2017) observaron un aumento de los índices de obesidad autorreferidos (utilizando el IMC), especialmente entre 1987 y 2012. En esta población estudiada, la prevalencia de la obesidad ajustada por edad se duplicó, pasando del 8,0 % en 1987 al 16,5 % en 2012. Existen ciertos indicios de que, entre los adultos mayores en España, la prevalencia de la obesidad es estable o está disminuyendo. Un estudio de Gutiérrez Fisac et al. (2010) reveló que, en los hombres, la distribución del IMC no varió en el período 2000–2010. En cambio, en las mujeres se observó una reducción tanto del IMC promedio como de la prevalencia de la obesidad, del 40,8 % al 36,3 %. Esta disminución reflejó su cifra más alta en las mujeres de 60 a 69 años.

Se han realizado otros estudios para vigilar la prevalencia de la obesidad infantil, ya que hay evidencias que sugieren que los niveles de sobrepeso y obesidad también están aumentando en los niños en todo el mundo (Bravo Squicela et al., 2022). En España, el diario El Mundo elaboró un informe en el que se afirmaba que los niveles de obesidad se estaban estabilizando en el país, pero una investigación reciente realizada por Bravo Squicela et al. (2022) sugiere que podría no ser así, y que siguen siendo necesarias políticas sanitarias y sociales para reducir los niveles de obesidad infantil en España. Su investigación reveló que entre 1999 y 2021 se produjeron aumentos notables en la prevalencia tanto del exceso de peso corporal como de la obesidad, especialmente en los niños más pequeños. De los niños españoles de 2 a 6 años, la prevalencia aumentó del 23,3 % durante el período de 1999 a 2010 al 39,9 % durante el período de 2011 a 2021. En los niños de 7 a 13 años, la prevalencia aumentó del 32,3 % durante el período de 1999 a 2010 al 35,3 % durante el período de 2011 a 2021. Los autores llegaron a la conclusión de que, a pesar de que los medios de comunicación publicaron informaciones afirmando que la obesidad infantil se había estancado, los indicios sugieren que los niveles de sobrepeso y obesidad en los niños siguen siendo muy elevados en España, y que las medidas de salud pública actuales para abordar la epidemia de obesidad en España no han tenido los efectos esperados. El posible impacto de la obesidad en los ingresos profesionales de las jóvenes en España se analiza más adelante en este informe.

Los estudios han identificado que, cuando se autorrefieren datos relacionados con el peso y el IMC, las personas suelen infravalorar su peso. Los estudios ENRICA y ENPE se llevaron a cabo en España entre 2008–2010 y 2014–2015, respectivamente, e intentaron cuantificar el número de personas con obesidad abdominal en España, medida en el perímetro de la cintura > 102 cm en los hombres y > 88 cm en las mujeres. Mediante el reclutamiento de una muestra representativa

de personas no institucionalizadas ni con discapacidad en España, el estudio ENRICA reveló que el 22,9 % de la población española mayor de 18 años tiene obesidad según la definición del IMC, más concretamente el 24,4 % de los hombres y el 21,4 % de las mujeres, y el 36 % de las personas en España tiene obesidad abdominal, en particular el 32 % de los hombres y el 36 % de las mujeres (Gutiérrez Fisac et al., 2011). En el estudio ENPE también se registró una mayor prevalencia de la obesidad en personas de 25 a 64 años que en los estudios que utilizaron metodologías de datos autorreferidos. La prevalencia de la obesidad según la definición del IMC fue del 21,6 %, concretamente del 22,8 % en los hombres y del 20,5 % en las mujeres. La prevalencia estimada de obesidad abdominal fue del 33,4 %. En el estudio ENPE se registró una disparidad de género mucho mayor en las personas con obesidad abdominal; se registró que el 23,3 % de los hombres padecía obesidad abdominal, en comparación con el 43,3 % de las mujeres (Aranceta Bartrina et al., 2016).

Es importante destacar las influencias socioeconómicas sobre los riesgos de padecer obesidad que prevalecen en España. Por ejemplo, la población española procedente de entornos socioeconómicos más bajos tiene muchas más probabilidades de experimentar obesidad a lo largo de su vida, y se contempla un aumento especialmente notable del riesgo de desarrollar obesidad en las mujeres de los grupos socioeconómicos más bajos (Costa Font et al., 2014; García Goñi y Hernández Quevedo, 2012; Merino Ventosa et al., 2016; World Obesity, 2021). Gómez y Rajmil (2022) también señalaron, en relación con la obesidad infantil, que el índice de obesidad es el doble en los niños (en su estudio, los niños de entre 4 y 14 años) procedentes de familias con bajos ingresos (23,2 % y 11,9 % respectivamente), y que la obesidad infantil es más frecuente en escuelas ubicadas en zonas con mayor pobreza infantil.

Además, las personas con un nivel educativo inferior en España tienen más probabilidades de experimentar obesidad a lo largo de su vida. De hecho, los estudios han revelado que la educación tiene una mayor influencia sobre el riesgo de una persona de desarrollar obesidad en España que su situación económica (Costa Font et al., 2014; Witkam et al., 2021). Al igual que sucede con el nivel socioeconómico, existe un aumento notable del riesgo de desarrollar obesidad en las mujeres con niveles educativos más bajos que en los hombres (Witkam et al., 2021). Los estudios ENRICA y ENPE identificaron la relación entre el nivel educativo y la prevalencia de la obesidad. Los datos del estudio ENRICA determinaron que el 29 % de las mujeres con educación primaria o inferior vivían con obesidad, mientras que la prevalencia de obesidad en las mujeres con estudios universitarios era del 11 % (Aranceta Bartrina et al., 2016; Gutiérrez Fisac et al., 2011).

Costes sanitarios y sociales de la obesidad

Tratar un IMC alto y las enfermedades relacionadas aumenta enormemente los costes para los servicios de salud nacionales. Se calcula que, por cada aumento de un punto en el IMC, los costes sanitarios de una persona aumentan un 2,3 % en España (Raebel et al., 2004). En 2019, los gastos de asistencia sanitaria relacionados con la obesidad en España se situaron en torno a los 390 euros per cápita (Okunogbe et al., 2021). En el mismo año, el coste total de la asistencia sanitaria atribuible al sobrepeso y la obesidad se estimó en unos 26.000 millones de euros (Okunogbe et al., 2021).

En un estudio en el que se analizó la Encuesta Nacional de Salud en España se investigaron las demandas sanitarias de las personas con sobrepeso u obesidad en comparación con las personas con un peso promedio, y se observó que las personas con obesidad reflejan índices de utilización de recursos sanitarios más elevados que aquellas con un IMC inferior a 30 (Espallardo et al., 2017). Las investigaciones demuestran que las personas con un IMC de 35 o superior en España tienen el doble de probabilidades de acudir a un médico de cabecera, un fisiólogo o de recibir asistencia domiciliaria en comparación con las personas con un IMC inferior a 25 (Espallardo et al., 2017). Además, la evidencia también sugiere que, a medida que aumenta el IMC, es más probable que una persona requiera hospitalización o necesite otros servicios de asistencia sanitaria, como servicios de laboratorio (Espallardo et al., 2017). Las investigaciones también indican que existe una

estrecha relación entre la obesidad y varias enfermedades no transmisibles como: enfermedades musculoesqueléticas, diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedad cardiovascular e insuficiencia cardíaca crónica, entre otras enfermedades no transmisibles (Burki, 2021; Gomez et al., 2021; Nyberg, 2018).

Además de las consecuencias para la salud física que sufren las personas que viven con obesidad, estas tienen más probabilidades de experimentar estados emocionales deficientes y requieren intervenciones para la salud mental y limitaciones en la vida cotidiana. En consecuencia, la investigación de Espallardo et al. (2017) concluyó que las personas con obesidad en España tienen más probabilidades de que su médico de cabecera les recete antidepresivos.

El riesgo adicional de desarrollar enfermedades no transmisibles y problemas de salud mental que experimentan las personas con obesidad en España tiene efectos negativos tanto en la esperanza de vida como en el número de años de vida saludable. La esperanza de vida se reduce en unos 2,7 años para las personas que viven con obesidad, y el número de años de vida en buena salud se reduce en 3,5 años en comparación con el resto de la población (Llopart Carles et al., 2021; OCDE, 2019).

Junto con el aumento del sobrepeso y la obesidad en los niños, ahora hay investigaciones que sugieren que esto puede tener consecuencias tanto para su salud y bienestar como para el rendimiento académico incluso a una edad tan temprana. Blanco et al. (2020) observaron que, al comparar niños con obesidad y niños con un peso promedio, los niños obesos reportaron mayores niveles de ansiedad y depresión, menor autoestima y una mayor frecuencia de burlas relacionadas con el peso y la competencia. Las burlas relacionadas con el peso se asociaron con niveles más bajos de bienestar psicológico. Baile et al., (2022) indicaron que los problemas psicológicos y la baja autoestima que experimentan los niños con obesidad, como consecuencia de las burlas y el acoso escolar cuando son más pequeños, pueden prolongarse más allá de la infancia y dar lugar a una mala calidad de vida en relación con la salud y consecuencias negativas como resultados deficientes en los ámbitos académico y laboral (y no como consecuencia de la falta de capacidad cognitiva). En su estudio, Baile et al. (2022) informaron sobre indicios de un prejuicio contra el peso y la obesidad en un entorno escolar español, reflejando que más de la mitad de los estudiantes optaron por no trabajar o colaborar con un compañero con obesidad, para cualquier tipo de actividad, con índices de rechazo superiores a otras características protegidas (p. ej., etnia, nacionalidad, sexo). La investigación también observó que las chicas muestran mayor rechazo hacia sus compañeros con obesidad, lo que se consideró coherente con los niveles de estigma más elevados relacionados con la obesidad reportados por las mujeres en fases posteriores del desarrollo. La investigación sugirió que los prejuicios contra la obesidad pueden comenzar a una edad temprana, lo que puede dar lugar a consecuencias psicosociales negativas en el futuro.

El coste de la asistencia sanitaria descrito anteriormente representa los costes directos para la economía como consecuencia del aumento de la prevalencia de la obesidad y, aunque palmario en sí mismo, representa menos de la mitad del coste total de la obesidad para la economía. La reducción de la esperanza de vida, del número de años de vida saludable y el aumento del riesgo de desarrollar complicaciones y enfermedades no transmisibles que experimentan las personas con obesidad están ejerciendo un impacto más amplio en la economía española debido al absentismo, el presentismo, la incapacidad para trabajar y el abandono prematuro del mercado laboral/jubilación anticipada (Grazia Arnaiz, 2017; Llopart Carles et al; OCDE, 2019), todo lo cual reduce la productividad general y los resultados económicos totales de la fuerza laboral. Los datos de un estudio realizado en España indican que los costes indirectos para la economía causados por la reducción de los resultados económicos representan entre el 54 % y el 59 % del coste total de la obesidad (Espallardo et al., 2017).

Proyecciones

Un estudio realizado por un grupo de académicos ha estimado que, si el sobrepeso y la obesidad siguen aumentando al ritmo que lo hicieron entre 1987 y 2014, en 2030 habrá 3.100.000 personas más con sobrepeso u obesidad en España. En consecuencia, el coste directo del sobrepeso y la obesidad para los servicios de salud pública aumentará en unos 3.000 millones de euros hacia 2030 (Hernández et al., 2019).

Los estudios han identificado una relación entre el brote de la pandemia de Covid 19 y un aumento de la propensión a la obesidad. Como resultado de las medidas públicas de confinamiento durante el brote inicial de Covid 19 y la transición al trabajo desde casa, una mayor proporción de adultos en edad de trabajar en España ha adoptado estilos de vida más sedentarios (Najafabadi et al., 2020; Ráthonyi et al., 2021). Esto ha dado lugar a una interpretación generalizada entre numerosas empresas y académicos de que problemas como el sobrepeso y la obesidad no responden únicamente a opciones de estilo de vida y no pueden simplemente revertirse mediante el cambio de hábitos. Más bien, existen impactos mayores a nivel social que restringen las libertades de estilo de vida y el acceso a dietas saludables, que afectan a la salud y al bienestar de una forma que está fuera del control personal. .

¿Un enfoque estratégico de la obesidad en España?

A diferencia de algunos países con una prevalencia creciente de la obesidad, España no cuenta con una estrategia formal reciente de prevención y reducción de la obesidad a disposición del público, responsables políticos y los profesionales sanitarios, en la que se describan las formas en que el Gobierno español está trabajando para reducir los índices crecientes de obesidad.

En 2004, el Ministerio de Sanidad español publicó la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). El objetivo fundamental de la NAOS era fomentar una alimentación saludable promover la actividad física en los hábitos de vida de los ciudadanos para invertir la tendencia de la prevalencia de la obesidad, en un esfuerzo por reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas (NAOS, 2004).

Fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas. NAOS, 2004.

Para lograr este objetivo, la NAOS se propuso:

- Mejorar los hábitos alimentarios y aumentar los niveles de actividad física de toda la población mediante el fomento de políticas y planes de acción destinados a trabajar en este sentido.
- Promover la educación nutricional en el medio familiar y escolar.
- Estimular la práctica de actividad física regular y frecuente en la población, con especial énfasis en los escolares.
- Sensibilizar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud sobre la creciente prevalencia del sobrepeso y la obesidad para impulsar la detección precoz de la obesidad en los reconocimientos médicos.
- Realizar el seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados obtenidos a través de la estrategia.

La mayoría de las intervenciones del acuerdo se centran en el medio familiar y comunitario, fomentando la educación sobre alimentación saludable y las compras. Este apoyo continúa hasta las escuelas, a las que se anima a facilitar conocimientos y habilidades para apoyar las buenas decisiones sobre nutrición y estilo de vida. Se anima a las empresas, especialmente a las del sector de la restauración y la hostelería, a promover una alimentación saludable en sus envases y en sus entornos de servicio, permitiendo que las personas tomen decisiones informadas sobre sus alimentos.

La estrategia NAOS, publicada en 2004, se dirige principalmente a las personas y las familias, animándolas a realizar modificaciones en el estilo de vida para cambiar su salud. A diferencia de otras muchas estrategias nacionales sobre obesidad publicadas más recientemente, la estrategia española hace menos hincapié en los factores socioeconómicos y demográficos que ejercen una gran influencia en la propensión de las personas a la obesidad. Desde la publicación de la NAOS, investigaciones posteriores han identificado las influencias del nivel educativo, el estatus socioeconómico y el género en la obesidad, y cómo algunas modificaciones del estilo de vida no son accesibles para estas poblaciones.

Sin embargo, las consecuencias de la obesidad para el mercado laboral, el empleo y la productividad en la población en edad de trabajar en España han recibido una atención considerablemente menor. No obstante, es probable que los responsables políticos, los profesionales sanitarios y las empresas también se centren en los resultados laborales asociados con la obesidad debido a sus vínculos con las prioridades de salud pública e inclusión social del Gobierno español.

¿Por qué considerar la
obesidad y el empleo?



Como se ha comentado anteriormente, el empleo puede considerarse una de las causas multifactoriales de la obesidad y, para las personas que viven con obesidad, muchos resultados en materia de empleo son peores como consecuencia de las actitudes ante este problema. Existen varias razones individuales, organizativas y económicas que sugieren por qué debe darse una mayor prioridad a la relación entre empleo y obesidad. Por ejemplo:

- El McKinsey Global Institute (2014) estimó que, en el Reino Unido, el impacto económico total de la obesidad en las empresas fue de 7.000 millones de dólares, de los que 5.000 millones se debieron a una disminución de la productividad en el lugar de trabajo más que al absentismo.
- Sin embargo, Bajorek y Bevan (2019) citaron evidencias de que, aunque existe una conexión entre las personas que viven con obesidad y tanto las bajas por enfermedad como el presentismo, esto podría estar relacionado con el modo en que se trata a los trabajadores con obesidad en el lugar de trabajo.
- Las personas que viven con obesidad también corren un mayor riesgo de pérdida permanente del empleo y de desempleo (Black, 2016), lo que podría elevar los costes para los sistemas de protección social y tener consecuencias adicionales para los sistemas sanitarios. Las personas con obesidad y al menos una enfermedad crónica de larga duración tienen un 8 % menos de probabilidades de estar empleadas al año siguiente (OCDE, 2019).
- También hay evidencias de un coste laboral y económico de la obesidad durante toda la vida. Los niños con sobrepeso obtienen peores resultados escolares y tienen menos probabilidades de completar la educación superior, lo que crea posibles condiciones para la disminución de los niveles de capital humano en el futuro (OCDE, 2019).

Los datos muestran que un trabajo de buena calidad puede ser beneficioso para la salud y el bienestar de una persona. Sin embargo, investigaciones recientes indican que los empleados con obesidad se consideran un «riesgo» para las empresas, debido a la repercusión que pueden tener en la productividad de una organización. Gran parte de ello se basa en el estigma y la discriminación relacionados con el peso y, en algunos sectores, en el «mercado de trabajo estético» (donde el aspecto personal se considera un factor importante para decidir la idoneidad de una persona para un puesto de trabajo). Bajorek y Bevan (2020) informaron que se pueden observar evidencias de estigma del peso en cada etapa del ciclo de empleo. Por ejemplo ³:

- Las prácticas de reclutamiento y selección (y el éxito de la contratación) pueden verse afectadas por las percepciones estigmatizadas y negativas a menudo asociadas a los empleados con obesidad, con independencia de la naturaleza y el contenido de la función (Flint et al., 2016).
- Los trabajadores con obesidad (especialmente las mujeres) están sujetos a una penalización salarial media del 9 %.
- Las relaciones positivas con los empleados y el apoyo psicosocial en el lugar de trabajo son reducidas para los empleados que viven con obesidad, lo que puede tener consecuencias para la salud y el bienestar y para las conductas de adaptación individual.
- La obesidad puede ser un obstáculo para las oportunidades de ascenso y promoción, y los empleados con obesidad han reportado que se les han asignado puestos desfavorables con menos oportunidades de demostrar un rendimiento satisfactorio y de ser recomendados para promociones.
- Algunas investigaciones sugieren que el peso de un empleado puede ser un factor para el mantenimiento del empleo, el despido y el despido improcedente. La evidencia también indica una conexión entre las personas con obesidad y el desempleo.

Los lugares de trabajo también pueden ser un escenario ideal para ayudar a los empleados que viven con obesidad a acceder a asesoramiento y convertirse en un entorno valioso en el que

³ Consulte más detalles aquí: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/Obesity%20Stigma%20at%20Work%20-%20Improving%20Inclusion%20and%20Productivity_0.pdf
⁴ Consulte más detalles aquí: <https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/Living%20and%20working%20with%20obesity.pdf>

facilitar el fomento de la salud. Algunos lugares de trabajo están desarrollando sus programas e intervenciones de salud con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las personas, en los que se incluyen programas de control del peso. Sin embargo, como observaron Bajorek y Bevan (2021)⁴, con demasiada frecuencia estos programas pueden reforzar involuntariamente el estigma de la obesidad, al creer que el sobrepeso y la obesidad se pueden superar simplemente comiendo menos y haciendo más a base de fuerza de voluntad individual. El discurso en torno a la salud de la fuerza laboral se centra en el perjuicio de un bienestar deficiente, en vez de centrarse en una visión «basada en activos» de la salud en el lugar de trabajo, y en persuadir a los líderes empresariales y a los responsables políticos para que consideren más seriamente la salud como un activo y reconozcan los recursos de su fuerza laboral actual.

Obesidad y empleo en España

Ya sea en los medios de comunicación, en el sistema sanitario o en el lugar de trabajo, las personas que viven con obesidad suelen estar sometidas a niveles más elevados de estigma, discriminación y desventaja en comparación con las que se encuentran dentro del rango de IMC «idóneo» en España (Casadó Marín y Grazia Arnaiz, 2019). El nivel más elevado de estigma y discriminación que sufren las personas con obesidad es algo que aún no ha sido reconocido por el Gobierno español ni entre los líderes de la salud pública, quizás en parte debido al impacto que tienen en la economía los estereotipos o la discriminación basados en el peso.

Al igual que otras muchas estrategias sobre obesidad, la NAOS omite cualquier mención a la relación entre el empleo y la obesidad. Desde su publicación, nuevos estudios empíricos han identificado una relación entre los entornos de trabajo y el aumento del IMC en España (Benzazi et al., 2018; Martín et al., 2008). En particular, los trabajadores por turnos y los trabajadores nocturnos tienen una mayor prevalencia de la obesidad (Peñalvo et al., 2021) y, por el contrario, los sectores que contratan a trabajadores mejor pagados y más cualificados reflejan índices más bajos de obesidad (Ameye et al., 2019; Hernández Yumar et al., 2018).

Implicaciones para la contratación

Los estudios realizados a escala internacional han revelado que, dentro del proceso de contratación, las personas con obesidad suelen ser percibidas por las empresas como menos competentes, menos cualificadas, con menos potencial de liderazgo y menos probabilidades de éxito que los candidatos que no son obesos (Flint y Snook, 2014; Levine y Schweitzer, 2015; Schulte et al., 2007). En consecuencia, las empresas suelen estar más dispuestas a contratar a un candidato con un peso promedio, lo que repercute en las oportunidades de empleo de las personas que viven con obesidad (Flint et al., 2016).

A través de investigaciones empíricas, muchos de estos estudios internacionales han estimado que entre el 45 % y el 93 % de las empresas rechazarían una solicitud basándose en el peso de un candidato (Flint et al., 2016; Williams, 2009; Foro Económico Mundial, 2019). Esta desventaja tiene el potencial de aumentar las dificultades económicas en las poblaciones con obesidad que, como muestran las estadísticas, también aumentan la propensión de una persona a un mayor IMC. Un estudio realizado específicamente en España identifica la discriminación por peso en múltiples procesos de contratación españoles, y revela que algunas empresas españolas esperan una menor productividad de las personas que tienen obesidad. La discriminación basada en el peso la sufren especialmente las mujeres con obesidad grave y las que trabajan en puestos de cara al cliente. Las conclusiones ponen de relieve que esta discriminación se produce como consecuencia del estigma social en relación con el sobrepeso y la obesidad, lo que causa que las empresas busquen empleados que, en su opinión, aumentarán el atractivo de su negocio (Vallejo Torres et al., 2018).

Implicaciones para la productividad

Además del aumento de los costes sanitarios en España atribuibles a la obesidad en la población, la relación entre la obesidad y el abandono prematuro del empleo remunerado (como consecuencia de la pérdida de años de vida saludable) corre el riesgo de reducir los resultados económicos y aumentar los costes asociados a la prestación por discapacidad (OCDE, 2019).

En una revisión del gasto en obesidad en los países de la OCDE, los resultados indican que todos los países experimentarían una reducción de la producción del mercado laboral debido al aumento de los índices de obesidad y sobrepeso. En promedio, en los 52 países de la OCDE:

- El absentismo reduce la producción del mercado laboral en un 0,38 % por persona;
- El presentismo reduce la producción del mercado laboral en un 0,81 % por persona;
- El desempleo relacionado con el sobrepeso reduce la producción del mercado laboral en un 0,43 %.

Estas cifras parecen pequeñas, pero representan la pérdida de producción económica a escala individual y de los hogares. En el conjunto de la OCDE, estas cifras equivalen a la pérdida de 54 millones de empleados a tiempo completo, 28 millones de los cuales se pierden directamente debido al mayor riesgo de desempleo experimentado por las personas con sobrepeso y obesidad. Aunque el número específico de pérdidas de puestos de trabajo en España no se revela en los datos, se estima que la economía española se reduce en un 3 %, más de 38.000 millones de euros, como consecuencia del absentismo, el presentismo y la pérdida de participación laboral (OCDE, 2019). A pesar de estas cifras y del coste económico del aumento del IMC en la economía española, la investigación y las políticas gubernamentales apenas se han centrado en explorar y abordar los crecientes costes directos e indirectos atribuibles a la obesidad.

Los estudios realizados en España han identificado una relación entre la obesidad y el abandono prematuro del empleo a través de la prestación por discapacidad, observando que vivir con sobrepeso u obesidad aumenta la probabilidad de que una persona empiece a reclamar prestaciones por discapacidad (Robroek et al., 2013; van den Berg et al., 2010). Las investigaciones internacionales, incluidos los datos de España, han puesto de relieve que la disminución de la producción en el mercado laboral es una causa importante de preocupación en todos los países que experimentan un aumento de la prevalencia de la obesidad, debido al coste que esto tiene para la economía (Robroek et al., 2013). Estos estudios también han destacado que las personas que viven con obesidad se ausentan del trabajo por motivo de enfermedad con más frecuencia que las personas que no tienen obesidad, y los períodos de baja por enfermedad suelen ser más prolongados (Sicras Mainar et al., 2020; Vallejo Torres et al., 2017).

Obesidad, empleo y género

Aunque las personas que viven con obesidad experimentan generalmente mayores niveles de discriminación en sus experiencias laborales, los análisis que investigan la intersección entre la obesidad y el género han identificado que las mujeres sufren mayores niveles de discriminación en el proceso de contratación y su período de empleo.

Los estudios realizados en contextos nacionales de varios países han revelado que las mujeres son objeto de mayores niveles de discriminación basada en el peso en el empleo que los hombres. En España, Campos Vaquez y González (2019) llevaron a cabo un proyecto en el que enviaron más de 3.000 solicitudes ficticias a casi 1.700 ofertas de empleo enviando una solicitud de una persona con obesidad y otra de una persona con un IMC «normal» a cada vacante y comprobaron que las mujeres con obesidad tenían menos probabilidades de conseguir que las llamaran para un empleo en comparación con las mujeres con un peso promedio.

- El 29,1 % de las mujeres con un IMC normal recibieron una llamada en relación con su solicitud de empleo, frente al 21,1 % de las mujeres con obesidad.
- Las mujeres con obesidad tendrían que enviar un 37 % más de solicitudes de empleo que las que no vivían con obesidad para recibir el mismo número de llamadas.
- Si los contactos para el empleo eran hombres, las mujeres con obesidad tenían menos probabilidades de que las llamaran.
- No hubo datos significativos que indicaran que los hombres que vivían con obesidad experimentarían discriminación laboral.

Vallejo Torres et al. (2018), emprendieron una investigación para saber si la discriminación laboral por el peso percibida era prevalente en España, utilizando los datos de la Encuesta Europea de Salud por Entrevista (EHIS). Los resultados indicaron que las mujeres con obesidad grave tenían más probabilidades de ser objeto de discriminación en el trabajo que aquellas con un peso promedio. Es interesante señalar que la investigación también determinó que las mujeres con obesidad grave que viven en regiones donde la prevalencia de la obesidad es baja experimentaban más discriminación en el lugar de trabajo. No se encontraron datos de un efecto de la obesidad sobre la discriminación percibida en el trabajo entre los hombres. Los autores llegaron a la conclusión de que la discriminación por peso en los entornos laborales en España se concentraba en las mujeres con obesidad grave, lo que pone de relieve la naturaleza de género de la obesidad en el país. También hubo algunas evidencias que sugerían que la discriminación era mayor en las mujeres con obesidad que desempeñaban funciones más públicas y de cara al cliente.

Se han realizado estudios con la misma metodología en Italia y China, y también se ha observado que las mujeres fueron discriminadas con más frecuencia que los hombres durante todo el proceso de contratación. Las mujeres parecían ser evaluadas más negativamente que los hombres y tenían menos probabilidades de recibir una llamada (Busetta et al., 2020; Gao, 2021).

Estos estudios, junto con otros muchos (véase la Tabla 1), también han identificado que las mujeres sufren una penalización salarial si viven con obesidad que puede persistir entre la adolescencia y la edad adulta. La penalización salarial es el resultado de menos oportunidades de empleo, menor nivel educativo, peor salud general, mayores tasas de empleo a tiempo parcial y mayores tasas de empleo estacional y precario.

**TABLA 1 - Penalización salarial para mujeres trabajadoras
– resumen de las estimaciones en una serie de estudios**

Estudio	Penalización salarial estimada para las mujeres (redondeada)
Averett & Korenman (1999)	10-20%
Baum & Ford (2004)	2-5%
Cawley (2004)	0-9%
Caliendo & Gehrsitz (2016)	12%
Register & Williams (1990)	12%
Sabia & Rees (2012)	0-16%
Han, Norton & Stearns (2009)	12%
Geisel (2017)	7%
Lee et al (2019)	9%
Moro et al (2019)	8-11%
Pinkston (2015)	13%
Trombley et al (2018)	8%
Campos-Vasquez et al (2019)	14%
Larose et al (2016)	5%
Debeaumont & Nsaiah (2016)	6%
Brown & Routon (2017))	8-10%
Black et al (2016)	7-12%
Bozoyan & Wolbring (2018)	8%

Fuente: Bajorek and Bevan, 2020

Con los datos disponibles, se han realizado cálculos de penalizaciones salariales para dar una idea de las pérdidas individuales y colectivas de las mujeres españolas en edad de trabajar como consecuencia de la discriminación por obesidad en el empleo (véase la Tabla 2). Mediante el estudio de cuatro escenarios con diferentes niveles de penalización salarial, nuestros resultados muestran una pérdida más amplia para las personas, las familias y la economía en general a través del poder adquisitivo y los ingresos fiscales.

Con los datos disponibles, se han realizado cálculos de penalizaciones salariales para dar una idea de las pérdidas individuales y colectivas como consecuencia de la discriminación por obesidad en España. Mediante el estudio de cuatro escenarios con diferentes niveles de penalización salarial, los resultados muestran una enorme pérdida para las personas, las familias y la economía en general a través del poder adquisitivo y los ingresos fiscales.

TABLA 2 - Penalización salarial para las mujeres en España – cuatro escenarios**Supuestos de referencia**

1. Ingresos anuales medios de las mujeres en España: 22.467 euros ⁵
2. 11 millones de mujeres con empleo en España ⁶
3. El 15,5 % de las mujeres tiene obesidad ⁷
4. 1,7 millones de mujeres trabajadoras con obesidad en España

Escenario uno – una penalización salarial del 2 %

- Una reducción del 2 % de los ingresos anuales de una mujer que vive con obesidad asciende a 451 euros.
- Una penalización salarial de 451 euros para todas las mujeres trabajadoras con obesidad en España equivale a una penalización salarial de 766 millones de euros cada año

Escenario dos – una penalización salarial del 5 %

- Una reducción del 5 % de los ingresos anuales de una mujer que vive con obesidad asciende a 1.132 euros
- Una penalización salarial de 1.132 euros para todas las mujeres trabajadoras con obesidad en España equivale a una penalización salarial de 1.920 millones de euros cada año

Escenario tres – una penalización salarial del 9 %

- Una reducción del 9 % de los ingresos anuales de una mujer con obesidad asciende a 2.051 euros
- Una penalización salarial de 2.051 euros para todas las mujeres trabajadoras con obesidad en España equivale a una penalización salarial de 3.490 millones de euros cada año

Escenario cuatro – una penalización salarial del 13 %

- Una reducción del 13 % de los ingresos anuales de una mujer que vive con obesidad asciende a 2.981 euros.
- Una penalización salarial de 2.981 euros para todas las mujeres trabajadoras con obesidad en España equivale a una penalización salarial de 5.600 millones de euros cada año

Como se ha señalado anteriormente en este informe, no hay evidencia de que se estén realizando estudios similares en España. El perjuicio para la economía en general como consecuencia de la discriminación en el empleo y los efectos que esto tiene en las personas con obesidad pueden requerir una atención adicional en España, especialmente si existe una prioridad más amplia para que el mercado laboral español sea más inclusivo para las personas con enfermedades crónicas y fluctuantes.

Como se ha indicado anteriormente en este informe, existe una preocupación comprensible por los índices de obesidad infantil en España. Si bien gran parte de esta preocupación se deriva de una perspectiva de salud pública, el IES también ha examinado los efectos en los ingresos a largo plazo de la obesidad infantil entre las mujeres jóvenes. Hemos llevado a cabo un análisis (detallado en el Anexo 1) con el que pretendemos calcular el impacto de la penalización salarial experimentada durante una carrera profesional, asumiendo que una mujer con obesidad deja la educación a tiempo completo a los 18 años.

El modelo sugiere lo siguiente: una mujer con obesidad en España que comienza su carrera profesional y trabaja cada año, sufre en la actualidad una penalización salarial anual relacionada con la obesidad de:

- 1.714 euros a los 18 años en 2022.
- 2.314 euros a los 30 años en 2034.
- 2.676 euros a los 50 años en 2054.
- 2.803 euros a los 64 años en 2068.

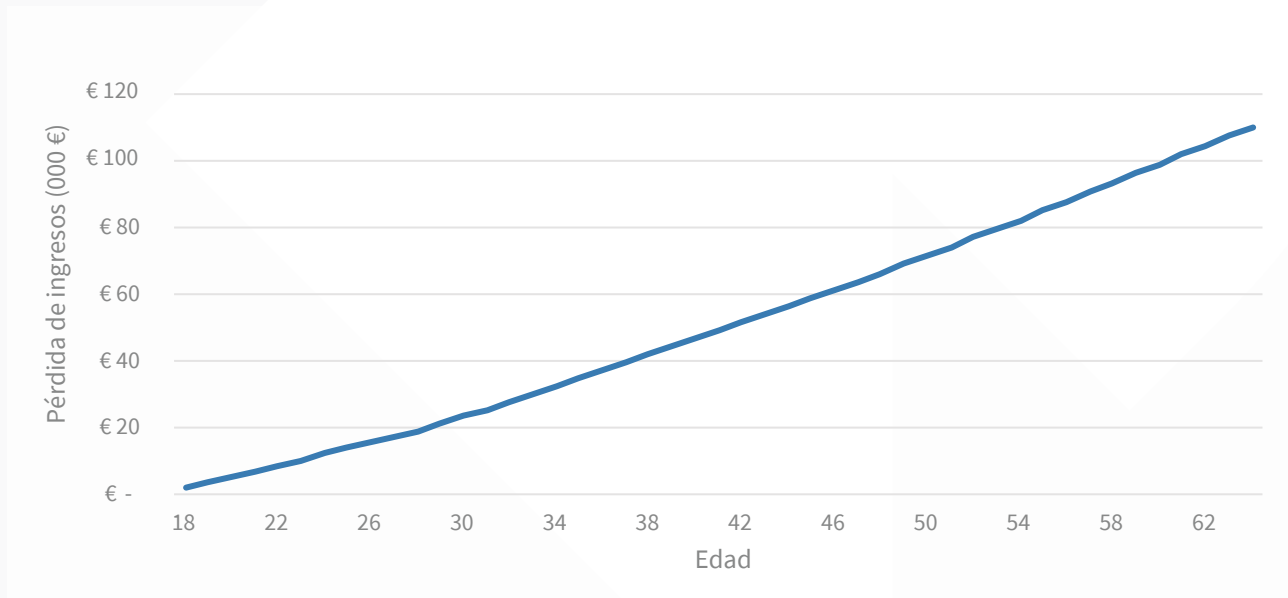
⁵ Instituto Nacional de Estadística: [Resultados nacionales: Los datos de Ingresos anuales medios por trabajador](#) muestran el salario medio de las mujeres

⁶ Banco Mundial: [Población activa total y Población activa, mujeres \(% de la población activa total\)](#)

⁷ Instituto Nacional de Estadística: [Obesidad España y UE 2020](#)

En la Figura 1 se representa la pérdida de ingresos acumulada de una mujer de 18 años que vive con obesidad en España en 2022 a lo largo de su carrera profesional (suponiendo que trabaje de forma permanente).

Figura 1. Impacto acumulativo en los ingresos profesionales de una mujer derivados de la penalización salarial por obesidad



A lo largo de su carrera profesional, la penalización salarial relacionada con la obesidad que sufre da lugar a una pérdida de ingresos total de unos 110.000 euros. Cuando las penalizaciones salariales anuales relacionadas con la obesidad se acumulan a lo largo del período 2022–2068 (abandonando el supuesto de que trabaje de forma permanente y, en su lugar, introduciendo el supuesto de una tasa de empleo femenino del 60 %), esto se traduce en una pérdida de ingresos total agregada de 176.000 millones de euros en toda España. Algunos estudios sugieren que esta penalización salarial persiste incluso si una persona reduce su IMC a un peso «normal» durante su carrera profesional. Esto indica que una intervención temprana para apoyar los esfuerzos que eviten o mitiguen los efectos de la obesidad infantil puede suponer beneficios económicos y de salud pública.

Aunque en España se ha prestado una atención comprensible a la obesidad como prioridad de salud pública, la evidencia de un estigma y una discriminación generalizados tanto en el mercado laboral como en muchos lugares de trabajo indican que los resultados en materia de empleo e ingresos de muchas personas españolas con obesidad podrían mejorarse con una mayor atención por parte de una serie de partes interesadas. Esto es especialmente importante para que las personas que viven con obesidad puedan acceder a experiencias laborales completas, satisfactorias e inclusivas.

Recomendaciones



Recomendaciones

Proponemos recomendaciones para tres grupos de partes interesadas, basadas en nuestra investigación sobre el estigma de la obesidad y el empleo en España:

El Gobierno español

- Las empresas en España podrían beneficiarse de una orientación clara del Gobierno sobre la situación jurídica de la discriminación por obesidad en el empleo. Si la propia obesidad no se incluye como «característica protegida» en la definición incluida en la legislación sobre desigualdades, podría ofrecerse una orientación más clara para explicar qué condiciones relacionadas con la obesidad se incluyen en su ámbito de aplicación y qué obligaciones legales implica para las empresas.
- Podría considerarse la posibilidad de ayudar a los médicos de familia a ser más eficaces en la gestión de los problemas de salud laboral relacionados con la obesidad y otras enfermedades relacionadas. Esto puede requerir complementar su formación.
- El Gobierno español podría considerar, como parte de cualquier estrategia futura sobre obesidad, la designación de la obesidad como una enfermedad y la inclusión del principio de que el trabajo debe ser un resultado clínico prioritario de la asistencia, reconociendo los beneficios de permanecer en él, prosperar y regresar de forma duradera al trabajo.
- El Gobierno español podría considerar la posibilidad de ofrecer un mayor apoyo y orientación a los profesionales sanitarios y las empresas sobre el soporte que puede darse a las personas con obesidad cuyo trabajo se ve afectado por un diagnóstico de Covid 19 o por la denominada Covid de larga duración. Esto podría ser una prioridad desde una perspectiva clínica, económica y social. Además, se propone la posibilidad de considerar las consecuencias profesionales y salariales de la obesidad infantil, especialmente entre las jóvenes con obesidad.
- Todos los ensayos clínicos de intervenciones en los que participen personas con obesidad podrían beneficiarse de la recogida sistemática de datos sobre la situación laboral de los sujetos. Esto podría ayudar a colmar un importante vacío de datos y permitir un seguimiento más eficaz de los resultados en materia de empleo.

Profesionales sanitarios españoles

- Se les podría animar a identificar los casos en los que la conservación del trabajo o el regreso temprano al trabajo son buenos para los pacientes, para quienes la obesidad y otras enfermedades relacionadas están causando bajas por enfermedad o están asociadas con problemas de salud relacionados con el trabajo. Es fácil asumir que el trabajo es perjudicial para su paciente, especialmente si sospecha que aspectos de su trabajo o del entorno laboral empeoran sus síntomas o su exposición a la discriminación o el acoso. Los profesionales sanitarios podrían preguntarse más a menudo si ayudar a un empleado que vive con obesidad o problemas de salud relacionados a permanecer en o regresar al trabajo es un objetivo clínico positivo del tratamiento, la derivación o la contratación.
- Podrían plantearse pensar más allá de los síntomas físicos de la obesidad. Realizar un ejercicio de comprensión del modelo biopsicosocial y las limitaciones del modelo biomédico en el diagnóstico del paciente y, lo que es más importante, la valoración del papel que podría desempeñar su trabajo para ayudarle a mantenerse activo y evitar el aislamiento.
- Los profesionales sanitarios de atención primaria, por ejemplo, están en una posición idónea para identificar la presentación temprana de muchos problemas de salud relacionados con la obesidad y cualquier complicación relacionada con la salud mental. Cuando proceda, podrían prestar el apoyo adecuado e intentar derivar a los pacientes a equipos especializados o servicios de apoyo lo antes posible, para que el tratamiento de la enfermedad pueda comenzar de una forma que apoye el trabajo continuado.

- El énfasis en las contribuciones positivas que las personas que viven con obesidad pueden hacer en el trabajo reforzaría su autoestima y la confianza en sí mismas. Un paciente puede tener una visión muy negativa de las causas, el impacto y las consecuencias probables de su obesidad y de cualquier enfermedad relacionada si la forma en que la presentan los médicos se centra en la incapacidad en lugar de hacerlo en la capacidad.
- Fomentar el autocontrol. Los médicos pueden ayudar a garantizar que el paciente adopte estrategias para controlar aspectos de su propia enfermedad, sobre todo si permanece en el trabajo o vuelve a él. Una sensación de empoderamiento y control ayudará a su estado de ánimo y garantizará que pueda.

Empresas españolas

- Considerar la inclusión de la obesidad explícitamente en sus políticas de igualdad, diversidad e inclusión. Esto podría significar que la contratación, el desarrollo y la equidad salarial, junto con el acceso a adaptaciones en el lugar de trabajo, podrían estar más disponibles para todos los empleados y que puede evitarse la discriminación por discapacidad, problemas de salud o impedimentos relacionados con la obesidad.
- Reflexionar sobre si cualquier requisito para que los empleados cumplan con las normas de aspecto, «aseo» personal o vestimenta durante el trabajo podría interpretarse como una discriminación directa o indirecta contra los empleados con obesidad. Esto es especialmente relevante, aunque no de forma exclusiva, para las mujeres que trabajan en puestos de cara al cliente, donde las investigaciones indican que dicha discriminación es más común.
- Considerar la posibilidad de revisar las prácticas relativas a la salud y el bienestar en el lugar de trabajo, o las políticas de promoción de la salud, para garantizar que estas medidas sirvan de apoyo, y no resulten estigmatizantes, para los empleados con obesidad. Esto puede incluir el uso de evaluaciones de riesgos para la salud (ERS) que recojan datos sobre el IMC, el colesterol, etc.
- Comprobar si los programas de control del peso, nutrición y ejercicio e iniciativas relacionadas patrocinados por la empresa se diseñan, aplican y evalúan conjuntamente con los empleados, y que se reduce al mínimo el riesgo de que estas intervenciones perpetúen el estigma basado en el peso.
- Trabajar para fomentar la divulgación segura y respaldada de los problemas de salud que limitan el trabajo de los empleados, incluidos los problemas de salud relacionados con la obesidad y el sobrepeso. Al hacerlo, las empresas pueden reconocer que el miedo al estigma (y al estigma internalizado) puede inhibir que algunos empleados con obesidad avancen. Además, es importante reconocer que la depresión o la ansiedad también pueden afectar a algunas personas que viven con obesidad, especialmente si padecen dolor (p. ej., por osteoartritis) u otros síntomas (p. ej., hipertensión) y si han sido objeto de comentarios inapropiados, hirientes o discriminatorios por parte de clientes o compañeros de trabajo debido a su peso o aspecto.
- El diseño imaginativo o la creación del puesto de trabajo pueden ayudar al mantenimiento del empleo y a la rehabilitación de los empleados con problemas de salud asociados con la obesidad y el sobrepeso. Los directivos pueden cambiar la forma en que está organizado el trabajo (incluidos cambios sencillos en las modalidades de jornada laboral) para contribuir a evitar que empeore la salud deficiente y ayudar a los empleados con obesidad a volver al trabajo después de cualquier ausencia (incluidas las relacionadas con la Covid 19). Tienen que hacerlo de forma que se preserve la calidad del empleo, se eviten las exigencias excesivas o perjudiciales y se preste atención a las buenas prácticas ergonómicas.

Si la salud de la población española en edad de trabajar va a seguir siendo una prioridad para el Gobierno de España y para la comunidad tanto clínica como empresarial, será importante que los retos planteados por los índices crecientes de obesidad no se consideren únicamente por su relación con la salud pública. Nuestra investigación sugiere que los malos resultados en materia de empleo de muchos españoles con obesidad pueden estar pasando desapercibidos y que, en un país donde la inclusión social y la igualdad de oportunidades son tan valoradas, esta es una situación que puede beneficiarse de una mayor consideración y acción por parte de las principales partes interesadas.

Bibliografía



Ameye H, Swinnen J (2019), Obesity, income and gender: The changing global relationship. LICOS Discussion Paper, No. 415, Katholieke Universiteit, Leuven. LICOS Centre for Institutions and Economic Performance, Leuven.

Accessed at: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/230502/1/1670022994.pdf>.

Aranceta-Batrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S (2016), Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. *Revista Española de Cardiología*, 69,6, 579-587.

Accessed at: <https://www.revespcardiol.org/en-pdf-S1885585716001225>.

Baile JI, González-Calderón MJ, Rabito-Alcón MF (2022), Obesity bias in the school setting: A brief report. *Children*, 9, 1067. Accessed at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9322516/pdf/children-09-01067.pdf>.

Bajorek Z, Edwards M, Mason B, Bevan S (2021), *Living and working with obesity: Are employers playing their part?* Institute for Employment Studies: Brighton.

Bajorek Z, Bevan S (2020), *Obesity Stigma at Work: Improving Inclusion and Productivity*. Institute for Employment Studies, Brighton.

Bajorek Z, Bevan S (2019), *Obesity and Work: Challenging stigma and discrimination*. Institute for Employment Studies: Brighton.

Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Ruiz-Canela M, Gea A, Martínez-González MÁ (2017), Prevalence of obesity and diabetes in Spanish adults 1987–2012. *Medicina Clínica (English Edition)*, 148(6):250–6. Accessed at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28081903/>.

Benazizi I, Ronda-Pérez E, Ortiz-Moncada R, Martínez-Martínez JM (2018), Influence of Employment Conditions and Length of Residence on Adherence to Dietary Recommendations in Immigrant Workers in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (11). Accessed at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30413006/#:~:text=Adherence%20to%20dietary%20recommendations%20was,and%20%3C14%20years%20of%20residence>.

Black C (2016), *Drug and alcohol addiction, and obesity: effects on employment Outcomes*. Department for Work and Pensions, London.

Blanco M, Solano S, Alcántara AI, Parks M, Román FJ, Sepúlveda AR (2020), Psychological well-being and weight-related teasing in childhood obesity: a case-control study. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 751-759. Accessed at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31077019/>.

Bravo-Saquicela DM, Sabag A, Rezende LFM, Rey-Lopez JP (2022), Has the prevalence of childhood obesity in Spain plateaued? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 5240. Accessed at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9105543/pdf/ijerph-19-05240.pdf>.

Burki T, (2021), European Commission classifies obesity as a chronic disease. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 9 (7), 418. Accessed at: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(21\)00145-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(21)00145-5/fulltext).

Casadó-Marín L, Grazia-Arnaiz M (2019), “I’m fat and proud of it”: Body size diversity and fat acceptance activism in Spain. *An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society*, 9, 51-70. Accessed at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21604851.2019.1648994?scroll=top&needAccess=true>.

Costa-Font J, Hernández-Quevado C, Jiménez-Rbio D (2014), Income inequalities in unhealthy life styles in England and Spain. *Economics and Human Biology*, 13, 66-75. Accessed at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1570677X13000300?via%3Dihub>.

EASO (2015), *A statement of the members of the European Association for the Study of Obesity to EXPO 2015*. Accessed at: <https://easo.org/2015-milan-declaration-a-call-to-action-on-obesity/>

Espallardo O, Busutil R, Torres A, Zozaya N, Villoro R, Hidalgo-Vega Á (2017), The impact of severe obesity on healthcare resource utilisation in Spain. *Obesity Surgery*, 27, 2058-2066. Accessed at: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-017-2596-7>.

Flint SW, Čadek M, Codreanu SC, Ivić V et al (2016), Obesity discrimination in the recruitment process: “You’re not hired!” *Frontiers in Psychology*, 7, 647, doi: 10.3389/fpsyg.2016.00647.

Foresight (2007), *Tackling obesities: Future Choices*. Accessed at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachm ent_data/file/287937/07-1184xtackling-obesities-future-choices-report.pdf.

Frühbeck G, Baker JL, Busetto L, Dicker D et al (2020), European Association for the Study of Obesity Position Statement on the Global Covid-19 Pandemic. *Obesity Facts*, 13, 292-296.

Garcia-Goñi M, Hernández-Quevedo C (2012), The evolution of obesity in Spain. *Eurohealth*, 18 (1), 22-25. Accesses at: <http://eprints.lse.ac.uk/44127/1/The%20evolution%20of%20obesity%20in%20Spain%28lsero%29.pdf>.

Gómez JC, Ena J, Avévalo Lorigo JC, Seguí Ripoll JM, Carrasco-Sánchez FJ et al (2021), Obesity is a chronic disease. Positioning statement of the Diabetes, Obesity and Nutrition Workgroup of the Spanish Society of Internal Medicine (SEMI) for an approach centred on individuals with obesity. *Revista Clínica Español*, 22(9), 509-516. Accessed at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2254887421000631>.

Gómez SF, Rajmil L (2022), Advertising, obesity and child health: the case of Spain, *BMJ Paediatrics Open*. Accessed at: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/bmjpo/6/1/e001482.full.pdf>.

Grazia-Arnaiz M (2017), Taking measures in times of crisis: the political economy of obesity prevention in Spain. *Food Policy*, 68, 65-76. Accessed at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306919217300258?via%3Dihub>.

Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Leon-Muñoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F (2011), Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the Enrica study. *Obesity Reviews*, 13, 388-392. Accessed at: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cardiovascular/documentacion/referencias.ficheros/338087-Prevalence%20of%20general%20and%20abdominal%20obesity%20in%20the%20adult%20population%20of%20Spain,2008%20BF2010_the%20ENRICA%20study.pdf.

Gutiérrez-Fisac JL, León-Muñoz LM, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F (2013), Trends in

Obesity and Abdominal Obesity in the Older Adult Population of Spain (2000-2010). *Obesity Facts*,6, 1-8. Accessed at: <https://www.karger.com/Article/Abstract/348493#>.

Hernández A, Zomeño MD, Dégan IR, Pérez-Fernández S, Goday A, Vika J et al (2019), Excess weight in Spain: Current situation projections for 2030, and estimated direct extra cost for the Spanish health system. *Revista Española de Cardiología*, 72 (11), 916-924. Accessed at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1885585718304407>.

Hernández-Yumar A, Wemrell M, Alessón IA, López-Valcárel BG, Leckie G, Merlo J (2019), Socioeconomic differences in body mass index in Spain: An intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy. *PLoS ONE* 13(12). Accessed at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208624>.

Lette M, Bemelmans WJE, Breda J, Slobbe LCJ, Dias J, Boshuizen (2016), Health care costs attributable to overweight calculated in a standardized way for three European countries, *The European Journal of Health Economics*, 17 (1), 61-69. Accessed at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4705131/>.

Llopart-Carles N, Garcia-López S, Rejas-Gutierrez J (2021), Disability-adjusted life expectancy lost due to pain severity and usual analgesic treatment among older adults with osteoarthritis in Spain. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33, 1285-1295. Accessed at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-020-01630-z>.

McKinsey Global Institute (2014), *Overcoming obesity: An initial economic analysis, Discussion paper*. Accessed at: [https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Business%20Functions/Economic%20Studies%20TEMP/Our%20Insights/How%20the%20world%20could%20better%20fig ht%20obesity/MGI_Overcoming_obesity_Full_report.ashx](https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Business%20Functions/Economic%20Studies%20TEMP/Our%20Insights/How%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/MGI_Overcoming_obesity_Full_report.ashx)

Merino Ventosa M, Garrido, U (2016), Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: A cross-sectional study of the adult population. *Economics and Human Biology*, 22, 216-224. Accessed at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1570677X16300429?via%3Dihub>.

NAOS (2004), *Spanish strategy for nutrition, physical activity and prevention of obesity*. Accessed at: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/NAOS_Strategy.pdf.

Nyberg ST, Batty GD, Pentti J, Virtanen M, Alfredsson L, Fransson EI et al (2018), Obesity and loss of disease-free years owing to major non-communicable diseases: a multicohort study. *The Lancet Public Health*, 3(10), e490-e497. Accessed at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266718301397>.

OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity. The economics of prevention*. Accessed at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/67450d67-enpdf?expires=1602498629&id=id&accname=guest&checksum=A1D21E5C5EB8FF2052C2FCCA379D34A7>

Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Ralston J, Wilding J (2021), Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Global Health*,6. Accessed at: <https://gh.bmj.com/content/6/10/e006351.info>.

Peñalvo JL, Mertens E, Muñoz-Cabrejas A, León-Latre M, Jarauta E et al (2021), Work shift, life style factors, and subclinical atherosclerosis in Spanish male workers: A mediation analysis. *Nutrients*, 13. Accessed at: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/4/1077/pdf>.

Raebel MA, Malone DC, Connor DA et al (2004), Health services use and health care costs of obese and nonobese individuals. *Archives of Internal Medicine*, 164(19), 2135-2410. Accessed at: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/217536>.

Ráthonyi G, Kósa K, Bács Z, Ráthonyi-Ódor K, Füzési I, Lengyel P, Bácsné Bába É (2021), Changes in workers' physical activity and sedentary behaviour during the Covid-19 pandemic. *Sustainability*, 13(17), 9524. Accessed at: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/17/9524/htm>.

Robroek SJW, Reeuwijk KG, Hillier FC, Bambra CL, van Rijn RM, Burdorf A (2013), The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 39(3), 233-240. Accessed at: https://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3354&fullText=1#box-fullText.

Rodriguez-Martín A, Nieto JMM, Ruiz JPN, Jiménez LE (2008), Overweight and obesity: the role of education, employment and income in Spanish adults. *Appetite*, 51 (2), 266-272. Accessed at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18406494/>

Sicras-Mainar A, Capel M, Navarro-Artieda R, Nuevo J, Orellana M, Resler G (2020), Real-life retrospective observational study to determine the prevalence and economic burden of severe asthma in Spain. *Journal of Medical Economics*, 23(5), 492-500. Accessed at: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13696998.2020.1719118?needAccess=true&>.

Vallejo-Torres L, Morris S, Lopez-Valcarcel BG (2018), Obesity and perceived work discrimination in Spain. *Applied Economics*, 50, 3870-3884. Accessed at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00036846.2017.1400654?needAccess=true>.

van den Berg T, Schuring M, Mauricio A, Mackenbach J, Burdorf A (2010), The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *BMJ Journals Occupational and Environmental Medicine*, 67 (12). Accessed at: <https://oem.bmj.com/content/67/12/845?hwshib2=authn%3A1639842668%3A20211217%253Ac60c059f-9382-4415-89bc-d21ddad62116%3A0%3A0%3A0%3AjVHQWV2vn7Xi6EEscz4xZw%3D%3D>.

Witkam R, Gwinnutt JM, Humphreys J, Gandrup J, Cooper R, Verstappen SMM (2021), Do associations between education and obesity vary depending on the measure of obesity used? A systematic literature review and meta-analysis. *SSM-Population Health*, 15. Accessed at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827321001592>.

World Health Organisation (2016), Obesity and overweight. Accessed at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

World Health Organization (WHO) (2021), *Obesity and Overweight*. Accessed at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

World Obesity (2021), *Global Obesity Observatory, Spain*. Accessed at: https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_population-breakdowns.

World Obesity Forum (2021), *Covid-19 and Obesity: The 2021 Atlas. The cost of not addressing the global obesity crisis*. Accessed at: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/2722_WOF_COVID-19_and_Obesity-The_2021_Atlas_WEB.pdf.

Anexo 1



Anexo 1 Estimación del impacto en la carrera profesional de la penalización salarial por obesidad para las mujeres en España

Metodología

Las estimaciones de la población femenina por edad, de cero a 64 años, que abarcan de 2015 a 2020, se tomaron del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁸. Se calcularon las tasas de crecimiento anuales año edad celda a celda (p. ej., la variación entre la población de 18 años en 2016 y la población de 19 años en 2017) y se utilizaron para proyectar cada celda hacia el futuro hasta 2068. La población de cero años se calculó cada año utilizando la proporción de niños de cero años y las mujeres en edad fértil (15–49 años) en 2022 y aplicándola a la población femenina en edad fértil de ese año. Se comprobó el sentido de las proyecciones demográficas resultantes. Existen datos limitados que proporcionan proyecciones de población para España de fuentes acreditadas. The Guardian (2016) hizo referencia a las proyecciones de población del INE de que hacia 2050 la población española se reduciría en un 11 %. Si comparamos la población femenina en edad de trabajar prevista para 2050 con la población femenina en edad de trabajar en 2016 según el INE, se observa una caída de la población de un 12 %, lo que sugiere que nuestras proyecciones provisionales se encuentran dentro del ámbito de lo razonable.

También se han tomado del INE los índices de obesidad a partir de 2020 por grupos de edad⁹. Proyectamos estas tasas hacia el futuro utilizando proyecciones de la proporción de personas menores de 20 años con sobrepeso u obesidad (definidas como aquellas con una desviación superior a la estándar por encima del peso promedio estimado de la OMS) que abarcan desde 2020 hasta 2060 del Observatorio Mundial de la Obesidad¹⁰. A continuación, aplicamos los índices de obesidad femenina por grupo de edad y año a la población femenina proyectada por edad y año para obtener proyecciones de la población femenina con obesidad por edad por año y por grupo de edad por año.

Los ingresos brutos anuales medios por grupo de edad de las mujeres en 2018 se obtuvieron de los datos de la Encuesta de Población Activa de la UE en Eurostat¹¹. Estas cifras se proyectaron hacia el futuro suponiendo una tasa de crecimiento salarial nominal anual del 0,3 %, la tasa media de crecimiento salarial anual en España entre 1990 y 2021¹². La bibliografía sugiere que las mujeres con obesidad sufren una penalización salarial del 9 %. Utilizando esto, se calculó la diferencia en los ingresos medios de las personas con obesidad y sin obesidad para cada año. Suponemos que la tasa de empleo de las mujeres en edad de trabajar en España será del 60 % durante el período de interés, sobre la base de los datos de la tasa de empleo de las personas de 20 a 64 años entre 2009 y 2021, que también proceden de Eurostat¹³. A partir de estos datos, calculamos el impacto acumulativo de la penalización salarial por obesidad para una mujer de 18 años con obesidad en 2022, así como el efecto agregado de la obesidad sobre los ingresos en toda la población activa de mujeres con obesidad en España y dividido por grupos de edad hasta 2068.

Observaciones

Una mujer que vive con obesidad en España, que comienza su carrera profesional y trabaja cada año, sufre en la actualidad una penalización salarial anual relacionada con la obesidad de:

- €1,714 at age 18 in 2022.
- €2,314 at age 30 in 2034.
- €2,676 at age 50 in 2054.
- €2,803 at age 64 in 2068.

En la Figura 1 se representa la pérdida de ingresos acumulada de una mujer de 18 años con obesidad en España en 2022 a lo largo de su carrera profesional (suponiendo que trabaje de forma permanente).

⁸ <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31304>

⁹ https://www.ine.es/en/infografias/infografia_dia_obesidad_en.pdf

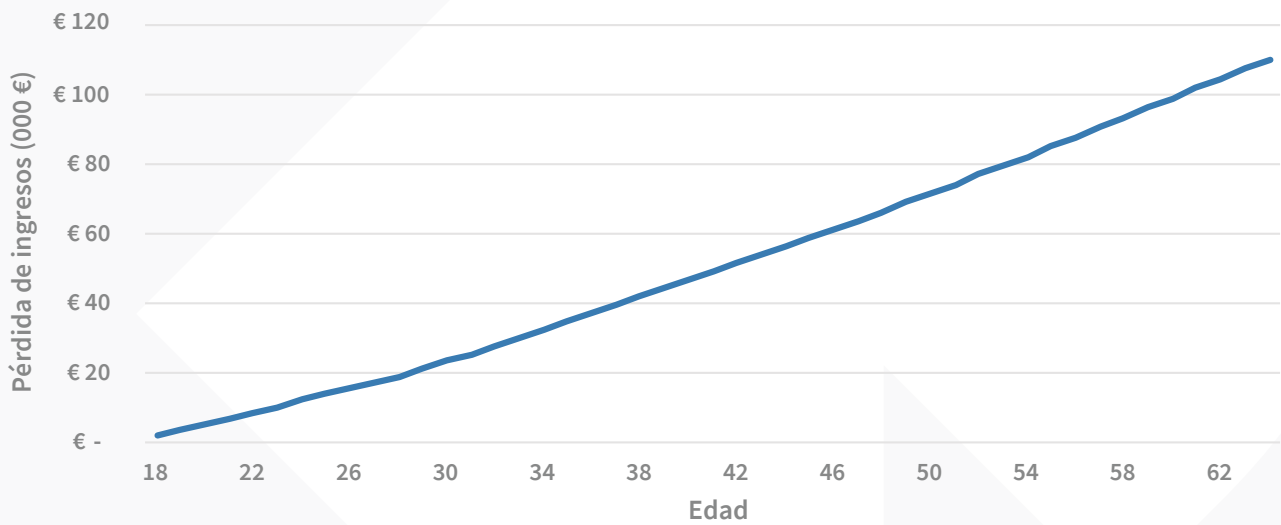
¹⁰ <https://data.worldobesity.org/economic-impact-new/countries/#ES>

¹¹ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_SES18_27_custom_3440718/default/table?lang=en

¹² <https://data.oecd.org/earnwage/average-wages.html>

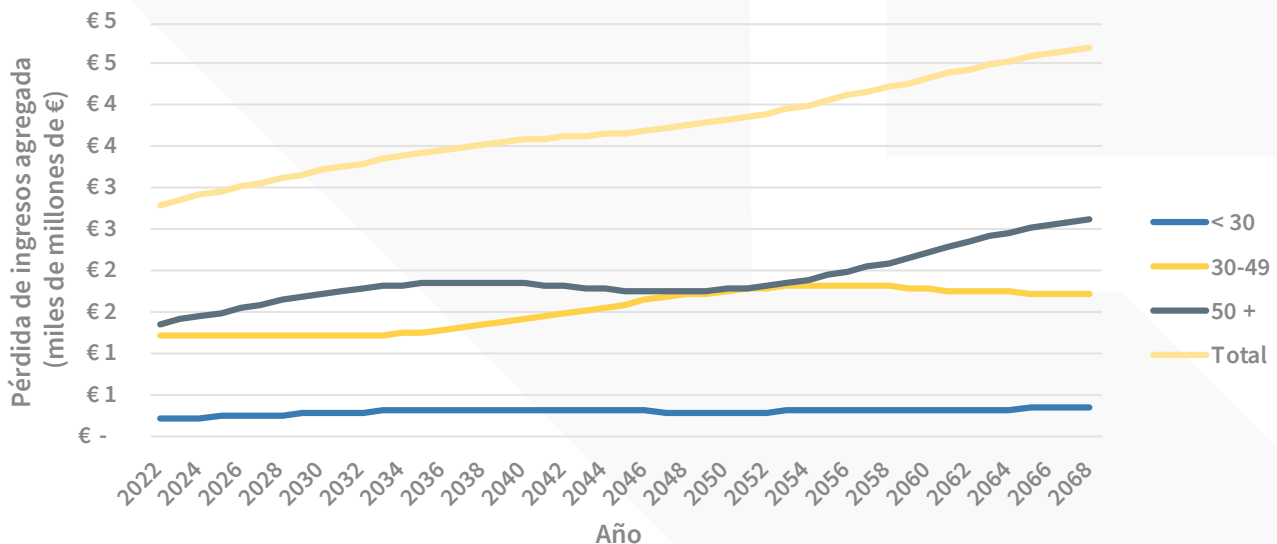
¹³ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/LFSI_EMP_A_custom_3543388/default/table?lang=en

Figura 1. Impacto acumulativo en los ingresos profesionales de una mujer derivados de la penalización salarial por obesidad



A lo largo de su carrera profesional, la penalización salarial relacionada con la obesidad que sufre da lugar a una pérdida de ingresos total de unos 110.000 euros. Cuando las penalizaciones salariales anuales relacionadas con la obesidad se acumulan a lo largo del período 2022–2068 (abandonando el supuesto de que trabaje de forma permanente y, en su lugar, introduciendo el supuesto de una tasa de empleo femenino del 60 %), esto se traduce en una pérdida de ingresos total agregada de 176.000 millones de euros en toda España. La Figura 2 muestra la pérdida de ingresos anual agregada debido a la penalización salarial por obesidad a lo largo de este período, dividida por grupo de edad.

Figura 2. Pérdida de ingresos anual agregada debido a la penalización salarial por obesidad



El mayor efecto agregado se percibe entre la población de 50 años o más, debido a que registra los ingresos medios más elevados y, por tanto, la mayor penalización por ingresos individuales, además de incluir al mayor número de personas con obesidad durante la mayor parte del período.

Consideramos lo sensibles que son nuestros resultados para ajustar algunas de nuestras aportaciones. La reducción de la penalización salarial del 9 % al 5 % reduce la pérdida de ingresos total de una mujer con obesidad y la pérdida de ingresos total agregada de 110.000 euros a 60.000

euros y de 176.000 euros a 97.000 millones de euros, respectivamente, mientras que su aumento al 13 % aumenta estas cifras a aproximadamente 160.000 euros y 256.000 millones de euros, respectivamente. Mantener la penalización salarial en el 9 %, reduciendo la tasa de crecimiento salarial nominal supuesta al 0 %, reduce la pérdida de ingresos total de una mujer con obesidad y la pérdida de ingresos total agregada de 110.000 euros a 101.000 euros y de 176.000 euros a 161.000 millones de euros respectivamente, mientras que aumentarla al 1,53 % (una cifra histórica de tasa de crecimiento salarial de Trading Economics que cubre el período de 1978-2022¹⁴) aumenta estas cifras a aproximadamente 158.000 euros y 253.000 millones de euros respectivamente.

Supuestos

En el análisis anterior, dadas las limitaciones de los datos disponibles y la naturaleza de la realización de proyecciones futuras, fue necesario contemplar varios supuestos. A continuación se presenta una lista de los principales, aunque no todos los supuestos que contemplamos, ya sea explícita o implícitamente en nuestras proyecciones. En primer lugar, en relación con nuestras proyecciones de población global:

- Estimamos la población femenina futura total de celda a celda, basándonos en el hecho de que una joven de 18 años en 2022 será una joven de 19 años en 2023, por lo tanto, la población para las celdas a lo largo del tiempo debería ser bastante predecible. Sin embargo, esto supone que las tasas de entrada y salida marginales de la población debido, por ejemplo, a la migración y las muertes, se mantendrán estables, lo que bien podría no ser así; por ejemplo, estamos pronosticando un aumento de los índices de obesidad que probablemente afectará directamente a los índices de mortalidad.
- Para construir la población de cero años calculamos una tasa de cuasi fecundidad para 2022 y luego aplicamos esto hacia el futuro. Esto suponía que la tasa de cuasi fecundidad hacia el futuro se mantendrá estable, aunque es bien sabido que las tasas de fecundidad en occidente han ido disminuyendo en general en las últimas décadas, y esto sucede incluso en el caso de nuestra tasa de cuasi fecundidad en los datos españoles que abarcan el período entre 2015 y 2020, aunque si analizamos los datos del Banco Mundial, parece ser que la Tasa Total de Fecundidad de España podría haberse estabilizado actualmente en torno a 1,2–1,4¹⁵, por lo que este supuesto bien podría justificarse al considerar un período de tiempo más largo en lugar de un período de cinco años.

En cuanto a los índices de obesidad:

- Suponemos que podemos aplicar uniformemente los índices por grupos de edad a todas las edades dentro de dichos grupos. Sin embargo, en la realidad, la distribución de los índices de obesidad entre las edades seguirá una curva en lugar de moverse por pasos, lo que podría reducir la representatividad de los resultados.
- La definición de obesidad que utilizamos para proyectar la población con obesidad hacia el futuro por edades es más limitada que la utilizada en las proyecciones generales de obesidad del Observatorio Mundial de la Obesidad, que está más cerca de una definición de sobrepeso. Por tanto, suponemos que los índices de obesidad evolucionarán de forma similar a los índices de sobrepeso.
- Suponemos que los índices de obesidad por grupo de edad evolucionarán de manera uniforme, algo que nos vemos obligados a hacer dado que solo disponemos de un punto de datos sobre las proyecciones del índice de obesidad en España. Sin embargo, quizá no sea así: los índices de obesidad entre las mujeres más jóvenes probablemente podrían aumentar más deprisa que los índices de obesidad entre las mujeres de más edad.

¹⁴ <https://tradingeconomics.com/spain/wage-growth>

¹⁵ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=ES>

Respecto a la tasa de empleo:

- Asumimos que a largo plazo la tasa de empleo femenino será del 60 %. Esto se basa en tasas históricas, por lo que puede no ser representativo a lo largo de nuestro período de interés; pueden producirse cambios en la política de baja por maternidad o en la disponibilidad de guarderías, por ejemplo, que afecten a la tasa natural de empleo de las mujeres en España.
- Además, la cifra del 60 % se basa en datos relativos a la población de 20 a 64 años. Por tanto, esta cifra no incluye a las jóvenes de 18 a 19 años, lo que afecta a la aplicabilidad de esta cifra a nuestra población de interés, que sí incluye a las jóvenes de 18 a 19 años.
- Aplicamos la cifra del 60 % de manera uniforme en todos los grupos de edad. Sin embargo, la tasa de empleo variará en función del grupo de edad.

Respecto a las proyecciones de ingresos:

- Suponemos que podemos aplicar de manera uniforme las cifras de ingresos por grupo de edad a todas las edades incluidas en dichos grupos. Sin embargo, en la realidad, la distribución de los ingresos entre edades seguirá una curva, en lugar de moverse por pasos, por lo que esto puede reducir la representatividad de los resultados.
- Las cifras de ingresos se agrupan por edades como sigue: por debajo de 30, de 30 a 49 y por encima de 50. No obstante, aplicamos estas cifras únicamente a la población en edad de trabajar (18-64 años), por lo que las cifras correspondientes a los grupos superior e inferior cubrirán personas fuera del rango que nos interesa (es decir, menores de 18 años y mayores de 64), lo que puede afectar a su aplicabilidad.
- Basamos nuestro supuesto de tasa de crecimiento salarial nominal en datos históricos, ya que se dispone de datos de calidad limitados sobre las proyecciones a largo plazo del crecimiento salarial en España. Por tanto, suponemos que esta tasa promedio histórica continuará en el futuro. Tal vez no sea así, lo que dado el impacto significativo que tiene ajustar la tasa de crecimiento salarial supuesta en los resultados es una fuente importante de incertidumbre.
- Aplicamos una tasa de crecimiento de los ingresos de la población total a la población femenina en edad de trabajar. No obstante, las tasas de crecimiento de los ingresos históricas y futuras tanto de las mujeres como de la población en edad de trabajar pueden diferir de las de la población en su conjunto.
- Suponemos que los ingresos en los diferentes grupos de edad crecerán al mismo ritmo, dada la falta de datos sobre las tasas de crecimiento históricas en la distribución de los ingresos. Sin embargo, tal vez no sea así: la curva de Lakner Milanovic (también conocida como la gráfica del elefante) muestra que las tasas de crecimiento salarial globales históricamente no han estado ni siquiera en la distribución de los ingresos, y es probable que no lo estén en la distribución por edades.
- Suponemos que la penalización por obesidad se mantendrá constante en un 9 % a lo largo del tiempo. Sin embargo, a medida que aumenta la proporción de población con obesidad, las actitudes relacionadas con la obesidad cambian; resulta más difícil discriminar a un grupo minoritario, ya que dicho grupo se convierte en menos minoritario.

Posibles mejoras

Se podrían realizar varias mejoras en estas proyecciones, si se dedicaran más tiempo y recursos al trabajo:

- Proyectamos la población de cero años utilizando la tasa de cuasi fecundidad para 2022 y aplicándola en años posteriores. Para este ejercicio, no modelamos una tasa de cuasi fecundidad a la baja a lo largo del tiempo, porque si la basáramos en la variación interanual y la variación en los cambios con respecto a los datos de 2015-2020, la tasa de cuasi fecundidad tendería a ser negativa dentro del período que estamos considerando (hasta 2068), lo que es naturalmente

inviabile. Incorporar una tasa de fecundidad variable en el tiempo a las proyecciones requeriría más tiempo y reflexión.

- Deben realizarse mejoras en la manera en que pronosticamos los ingresos a lo largo del tiempo. Podríamos hacer suposiciones sobre la diferencia en las tasas de crecimiento a través de la distribución de ingresos utilizando datos de economías similares para las cuales hay datos disponibles. También podríamos hacer que las tasas de crecimiento varíen con el tiempo, incorporando algunas previsiones de tasas de crecimiento salarial para economías similares a nuestras proyecciones.
- Podríamos incorporar la variación temporal a la penalización salarial relacionada con la obesidad, convirtiéndola tal vez en una función de la proporción de población con obesidad.
- El índice creciente de obesidad podría incorporarse a las proyecciones de población celda a celda, dado que probablemente afectará a las tasas de mortalidad.
- Se podría aplicar un redondeo a los puntos de datos categóricos que tenemos de distribuciones en curva, a saber, los índices de obesidad basados en grupos de edad y las cifras de ingresos.
- Aplicamos la tasa de empleo supuesta de manera uniforme en todos los grupos: lo hacemos debido a la falta de datos fácilmente disponibles sobre las tasas de empleo por grupo de edad para las mujeres; sin embargo, con más tiempo y recursos, se podrían obtener tasas de empleo específicas para los grupos de edad en los que basamos nuestras proyecciones.