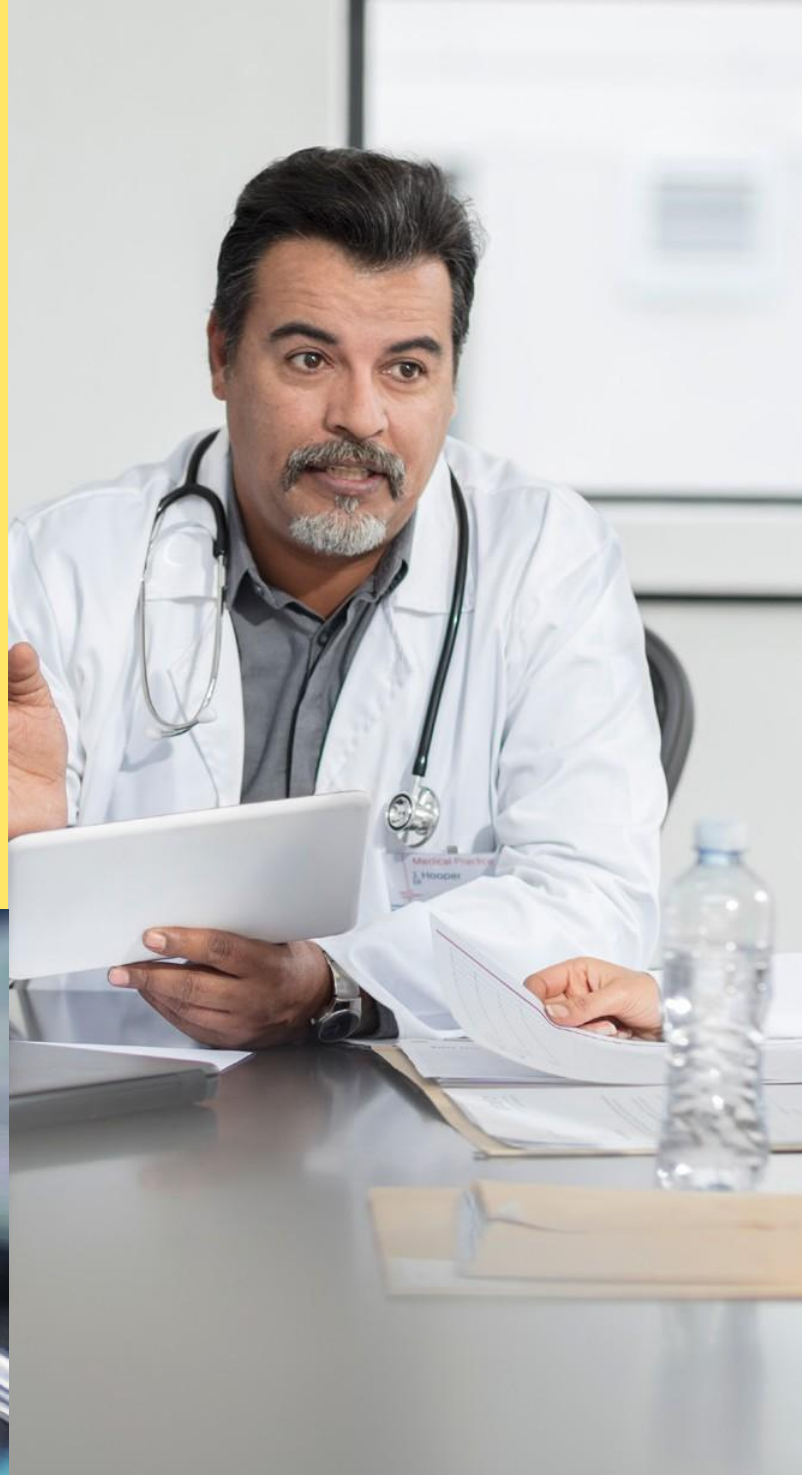


**ConCiencia en
obesidad:
hacia un
cambio de
paradigma
basado en la
evidencia**



**Boehringer
Ingelheim**

La obesidad como reto de salud global: una epidemia silenciosa

En las últimas décadas, la prevalencia de la obesidad en España ha mantenido una tendencia ascendente. Entre 1987 y 2010 se observó un aumento del 7,3%, y aunque en la última década esta tendencia se ha estabilizado ligeramente, hay que destacar que hay notables diferencias entre las comunidades autónomas; con unas tasas más altas en el sur del país, así como en algunas regiones del noroeste.

Según la **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)**, en 2020 la obesidad afectaba al **18,7% de la población española**¹. Diversos estudios han señalado un empeoramiento de la situación tras la pandemia de la COVID-19, debido a factores como el confinamiento, la ansiedad generada por la incertidumbre y la reducción de la actividad física. Estos cambios contribuyeron tanto al deterioro de la salud de quienes ya vivían con obesidad como al aumento del número de nuevos casos, elevando así la prevalencia general. **El Atlas Mundial de la Obesidad prevé que, para 2035, la obesidad en España alcanzará niveles sin precedentes, con 37% de adultos afectados y un aumento anual del 1,9% en su incidencia desde 2020**². Este incremento también se ha observado en la población infantil, con una prevalencia del 15,9% y un 36,1% sobrepeso³. Resulta preocupante el crecimiento de los casos en niños y adolescentes, muchos de los cuales corren el riesgo de convertirse en adultos con obesidad si no se interviene a tiempo.

Se prevé que en 2035,
la obesidad en España
afectará al

37%
ADULTOS

01



Desde una perspectiva económica, la obesidad representa un desafío significativo. Sus costes incluyen tanto el gasto sanitario directo como los costes indirectos asociados a la pérdida de productividad y el absentismo laboral.

El incremento de las probabilidades de acudir a consultas de Atención Primaria o a los servicios de Urgencias, el consumo de fármacos, la hospitalización o los servicios de enfermería y psicología tienen una gran repercusión en el sistema. Según el Atlas Mundial de la Obesidad, el impacto del sobrepeso y la obesidad alcanzará el **2,4% del Producto Interior Bruto (PIB)** hacia el año 2035².

Asimismo, el desarrollo o agravamiento de enfermedades crónicas asociadas a la obesidad genera un impacto considerable en el sistema sanitario, ya que se trata de patologías de larga duración y evolución progresiva que requieren un uso constante y creciente de los recursos asistenciales. **La obesidad actúa como un factor de riesgo clave en el desarrollo y agravamiento de más de 200 comorbilidades**, como patologías cardiovasculares, renales, hepáticas o digestivas, trastornos respiratorios, musculoesqueléticos, endocrinos o psicológicos. Muchos de ellos contribuyen, a su vez, a perpetuar o agravar el propio cuadro de obesidad, generando un círculo vicioso difícil de romper.

Además, la obesidad se asocia directamente con un mayor riesgo de desarrollar al menos 13 tipos de

cáncer, entre ellos el cáncer de mama, endometrio, colon, recto, esófago, páncreas, hígado, riñón, vesícula biliar, estómago, ovario, tiroides y mieloma múltiple.


Se estima que una parte significativa de las personas con obesidad desarrolla comorbilidades crónicas que afectan distintos sistemas del organismo. Por ejemplo, un 60,5% presenta dislipemia⁴ y hasta un 54,7% desarrolla hipertensión. Además, alrededor del 14,6% sufre de prediabetes, 6,9% padece enfermedad cardiovascular⁵, y aproximadamente el 34% progresa a esteatohepatitis (MASH)⁶. También son frecuentes otras condiciones crónicas, como la apnea obstructiva del sueño (presente en más del 23,4% de las personas con obesidad grave), la artrosis (que afecta hasta el 35,9% de este grupo), o trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad, cuya prevalencia se ve aumentada en contextos de estigmatización o malestar corporal, pudiendo alcanzar el 40,7%)⁴.

“ *La obesidad actúa como un factor de riesgo clave en el desarrollo y agravamiento de más de 200 comorbilidades* ”





60,5%
DISLIPEMIA




54,7%
HIPERTENSIÓN



34%
MASH



14,6%
PREDIABETES



6,9%
ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR

La presencia simultánea de estas enfermedades no solo reduce la expectativa y la calidad de vida, sino que configura cuadros de multimorbilidad compleja que exigen una atención sanitaria continuada y multidisciplinar.

Todo ello refleja que el auge de la obesidad en España exige la implementación de respuestas integrales que mejoren su abordaje. No se trata solo de una emergencia sanitaria, sino de un reto estructural que afecta a una gran proporción de la población española, reduciendo tanto la esperanza como la calidad de vida.

Ante este escenario, un cambio real solo será posible mediante una política nacional decidida, coherente y basada en la evidencia científica. A pesar del avance en el conocimiento científico sobre la obesidad, persisten importantes barreras que dificultan su abordaje efectivo. Entre ellas destacan la falta de políticas preventivas coordinadas, la escasa percepción social e institucional de la obesidad como enfermedad crónica, su tratamiento fragmentado entre niveles asistenciales y la persistencia del estigma en múltiples ámbitos, incluidos el sanitario, laboral y educativo.

Esta combinación de retos convierte a la obesidad en un problema estructural que desborda la esfera individual y requiere de respuestas sistémicas, sostenidas y basadas en la equidad. Es por ello por lo que no basta con el reconocimiento formal del problema; **es imprescindible una voluntad política firme y un compromiso institucional que involucre a todos los niveles de la administración.**

La obesidad no puede abordarse como una cuestión individual, sino como una prioridad de salud pública.

Este compromiso implica superar la visión reduccionista de la obesidad como una cuestión

individual y reconocer su dimensión estructural, multifactorial y social. La estigmatización no solo discrimina, sino que también refuerza la creencia de que el individuo es el único responsable de su enfermedad y, por lo tanto, de su control, lo que obstaculiza enfoques eficaces y adaptados a cada persona. Un enfoque basado en la complejidad de la enfermedad permite diseñar respuestas más eficaces, centradas en las personas y articuladas desde todos los niveles de la administración.



Espacios clave como el entorno laboral, administrativo, educativo y social siguen reproduciendo estigmas, barreras estructurales y políticas poco inclusivas que dificultan la prevención y el tratamiento de la obesidad. En el entorno laboral, por ejemplo, persisten sesgos que asocian erróneamente la obesidad con falta de productividad o compromiso, lo que puede derivar en discriminación en procesos de selección, promoción o condiciones laborales.

A nivel administrativo, la ausencia de adaptaciones normativas, accesibilidad en el transporte o políticas activas de inclusión refuerza su marginación. En el plano educativo, la prevención sigue siendo insuficiente: la formación en hábitos saludables en la infancia, el acceso a alimentos saludables en entornos escolares y la educación emocional relacionada con la imagen corporal siguen sin estar adecuadamente integradas en los programas curriculares. Esta falta de intervención temprana constituye una oportunidad perdida para reducir la prevalencia de obesidad desde las primeras etapas de la vida.

Por tanto, avanzar hacia una comprensión real y eficaz de la obesidad requiere también transformar estos otros ámbitos, promoviendo políticas de salud transversales, sensibles a las desigualdades sociales y capaces de generar entornos más saludables, equitativos y libres de estigma.

“ Este compromiso implica superar la visión reduccionista de la obesidad como una cuestión individual y reconocer su dimensión estructural, multifactorial y social

Por ello, la lucha contra la obesidad requiere una estrategia integral y sostenible en el tiempo, que trascienda acciones aisladas o campañas puntuales y esté dotada de presupuestos finalistas. Por ello, se propone la elaboración e implementación de un Plan Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad, adaptado a las características demográficas y sociales de nuestro país.

Este plan debe reconocer la importancia de la prevención mediante la promoción de hábitos de vida saludables, pero también debe ir más allá. Es fundamental contemplar, de forma explícita, el abordaje asistencial integral de la obesidad como enfermedad crónica, ofreciendo respuestas efectivas a quienes ya la padecen, quienes ya no pueden prevenirla. Se requiere un enfoque combinado —que actúe tanto sobre el entorno como sobre las necesidades asistenciales— para prevenir nuevos casos y, al mismo tiempo, mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad.

Esto incluye el diagnóstico, tratamiento, seguimiento clínico y manejo de las comorbilidades asociadas, asegurando su incorporación efectiva en los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud. Para ello, debe sustentarse en datos epidemiológicos actualizados y reconocer la obesidad como una enfermedad, alejando su enfoque de la responsabilidad individual de las personas que viven con ella y abordándola como cualquier patología crónica, multifactorial y compleja. El primer reto que debe asumir este Plan es superar la falta de consenso sobre su definición y categorización como enfermedad.

Consolidando la obesidad como enfermedad: hacia un enfoque clínico con garantías

La ambigüedad sobre cómo se entiende la obesidad no solo dificulta su adecuado abordaje clínico, sino que también propicia discursos sin base científica que perpetúan ideas erróneas y fomentan actitudes culpabilizadoras hacia quienes la padecen. A diferencia de la mayoría de las patologías, cuya naturaleza como enfermedad rara vez se cuestiona, la obesidad sigue siendo, en muchos casos, aún tratada de forma simplista y reduccionista.

Esta visión limitada ignora que, lejos de ser únicamente una cuestión de estilo de vida, **la obesidad es una condición intrínsecamente compleja y multifactorial, influida por una red de factores biológicos, genéticos, ambientales y socioeconómicos.**

Desde el punto de vista biológico, la regulación del balance energético y de los depósitos adiposos es un proceso orquestado por complejos mecanismos hormonales y neurales que, en ocasiones, pueden verse alterados. Hormonas como la leptina, la grelina o la insulina, que son fundamentales en la regulación del hambre y la saciedad, pueden funcionar de forma desajustada en personas con obesidad. Asimismo, una menor diversidad o desequilibrios en la microbiota intestinal, la inflamación crónica de bajo grado y las alteraciones en los circuitos cerebrales de recompensa también ejercen una influencia significativa.



BIOLÓGICOS



GENÉTICOS



**AMBIENTALES Y
SOCIOECONÓMICOS**

02



A nivel genético, se han identificado numerosas variantes asociadas a una mayor predisposición a la obesidad, que influyen en el metabolismo, el apetito o la distribución de la grasa corporal.

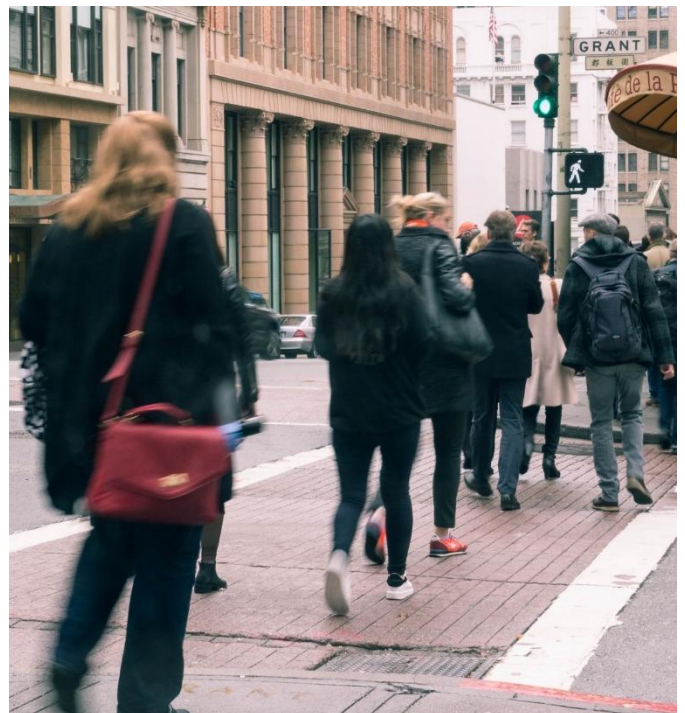
Adicionalmente, factores epigenéticos, que se ven influidos por la situación nutricional y metabólica materna o el estrés temprano, tienen la capacidad de modificar la expresión génica y, con ello, incrementar el riesgo de desarrollar obesidad a lo largo de la vida. Este componente genético que predispone al desarrollo de obesidad puede manifestarse desde edades tempranas. De hecho, una proporción significativa de quienes viven con obesidad en la infancia (alrededor del 80%) la mantienen en edad adulta, no solo por factores externos, sino también por estos mecanismos biológicos sobre los que se sigue generando evidencia.

A todo esto se suma que, actualmente, el modelo de vida urbano-industrial, marcado por la aceleración del tiempo, el sedentarismo, la precariedad laboral y la omnipresencia de alimentos ultraprocesados y más asequibles, ha transformado radicalmente el entorno en uno profundamente obesogénico. La urbanización, por ejemplo, ha limitado el acceso a espacios seguros para la actividad física, mientras que la cultura del consumismo impulsa prácticas alimentarias guiadas más por la conveniencia y la rentabilidad que por la salud. En este marco, ciertas características biológicas como la resistencia a la insulina —que en contextos de escasez alimentaria resultaban adaptativas para la supervivencia— se han vuelto problemáticas ante la disponibilidad continua de calorías vacías y la reducida exigencia física del entorno moderno. A esto se suman elementos como el estrés crónico, la privación de sueño, la inactividad física o la falta de tiempo para el autocuidado, que contribuyen significativamente al desarrollo y mantenimiento de la obesidad.

“ El modelo de vida urbano-industrial, marcado por la aceleración del tiempo, el sedentarismo, la precariedad laboral y la omnipresencia de alimentos ultraprocesados

Resulta crucial entender que, en este contexto, los determinantes sociales y culturales desempeñan un papel fundamental en la aparición de la obesidad. Así, esta patología se convierte en un claro reflejo de las desigualdades estructurales que atraviesan nuestras sociedades, más que en una mera consecuencia de elecciones personales o voluntad individual.

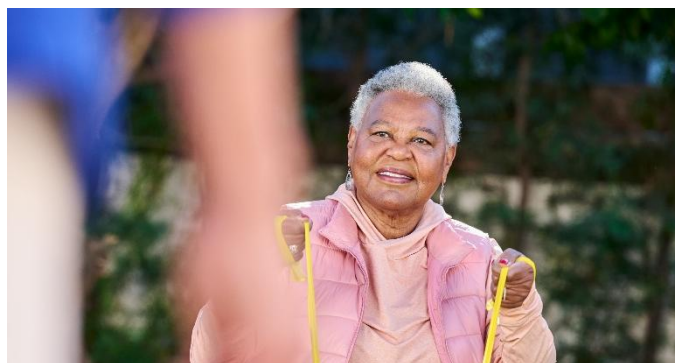
Resulta crucial entender que, en este contexto, los determinantes sociales y culturales desempeñan un papel fundamental en la aparición de la obesidad. Así, esta patología se convierte en un claro reflejo de las desigualdades estructurales que atraviesan nuestras sociedades, más que en una mera consecuencia de elecciones personales o voluntad individual.



La clase social, el nivel educativo, las condiciones laborales, el acceso a recursos sanitarios y a una alimentación saludable, así como el entorno urbano en el que se reside, el tiempo de ocio disponible o la publicidad, condicionan profundamente las posibilidades reales de adoptar y sostener hábitos de vida saludables. Comer de forma equilibrada, practicar actividad física regularmente o dormir adecuadamente son decisiones que requieren tiempo, recursos económicos, seguridad laboral, acceso a información fiable y conocimientos sobre nutrición y bienestar, elementos que, lamentablemente, no están disponibles para todos los segmentos sociales.

Esta evidencia refuerza la necesidad de superar enfoques centrados exclusivamente en la conducta individual. Es imprescindible desplegar estrategias preventivas que ataquen las desigualdades estructurales que condicionan la salud y modelan nuestras posibilidades reales de llevar una vida saludable. Al mismo tiempo, se requiere una visión integral de la obesidad, que combine el conocimiento científico con un compromiso político y social sostenido para abordar sus causas profundas y sistémicas. Erradicar la obesidad implica transformar el entorno social, económico y urbano que la favorece, pero también garantizar soluciones efectivas y accesibles para quienes ya conviven con esta enfermedad, asegurando que nadie quede atrás en el camino hacia una sociedad más equitativa.

Por ello, la primera pregunta que debemos plantearnos es clara y esencial: ¿qué entendemos por obesidad? Desde una perspectiva clínica, actualmente puede definirse como una **enfermedad metabólica, crónica, compleja, multifactorial y con tendencia a la recidiva (a reaparecer), caracterizada por una alteración en la regulación de los mecanismos que controlan las reservas energéticas.**



Esto conduce a un exceso de adiposidad y, en muchos casos, a una disfunción del tejido adiposo, que contribuye al desarrollo de múltiples complicaciones clínicas. Además, es importante señalar que no todas las consecuencias de la obesidad derivan exclusivamente de esta disfunción, como ocurre en el caso del impacto psicológico, fuertemente asociado al estigma. Sin embargo, esta definición debe entenderse como una propuesta desde el conocimiento científico actual, abierta al debate y evolución, como ocurre en cualquier ámbito complejo de la salud.

Más allá del consenso sobre su definición, lo realmente crucial es reconocer que, a día de hoy, **la obesidad es una enfermedad con tendencia a la recidiva y derecho a un tratamiento específico.** El debate sobre su naturaleza no puede ser una excusa para negar a las personas afectadas el acceso a intervenciones adecuadas. Aunque formalmente ya ha sido reconocida como una enfermedad por múltiples organismos, en la práctica aún persiste la resistencia a abordarla como tal, lo que se traduce en una clara falta de acceso a una atención integral.

“ *La obesidad es una enfermedad con tendencia a la recidiva y derecho a un tratamiento específico.* ”

En las últimas décadas, el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad ha ganado respaldo entre entidades científicas, administraciones públicas y organismos internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya la definía en 1998 como una enfermedad compleja con alto riesgo para la salud, pero ha sido en los últimos años cuando distintas estrategias nacionales y europeas han consolidado esta visión en el ámbito de la salud pública.

En España, la Estrategia de Salud Pública de 2022 supuso un cambio significativo al reconocer de forma explícita la obesidad como una enfermedad que conlleva importantes repercusiones sociales, económicas y sanitarias. Esta perspectiva ha sido igualmente adoptada por la Estrategia en Salud Cardiovascular y la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. A nivel europeo, el informe regional de la OMS sobre obesidad de 2022 reafirmó su carácter multifactorial y la necesidad de respuestas políticas coordinadas. En el plano técnico, entidades como SEEN, SEEDO, SESPAS, ANPO y sociedades médicas europeas, como EASO, han reiterado la necesidad de abandonar

visiones simplificadas y avanzar hacia un abordaje integral, centrado en la persona y basado en la evidencia.

Sin embargo, a pesar de los avances en el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad, todavía persiste una visión reduccionista en muchas prácticas clínicas que la abordan únicamente como un factor de riesgo. Si bien el debate científico sobre su naturaleza —si debe considerarse estrictamente una enfermedad, una condición o un factor predisponente— sigue abierto, lo verdaderamente relevante es que **su abordaje no puede seguir limitado a esta última óptica**. Esta mirada retrasa su diagnóstico, minimiza su impacto clínico y dificulta la implementación de estrategias preventivas o terapéuticas desde etapas tempranas.



En realidad, la obesidad puede entenderse como ambas cosas: una enfermedad en sí misma, que genera consecuencias emocionales, físicas y funcionales, y a su vez, un factor de riesgo que multiplica la probabilidad de desarrollar múltiples patologías y que, al generar consecuencias limitantes o dañar órganos diana, se convierte en una enfermedad. Ignorar esta doble dimensión compromete la posibilidad de ofrecer un abordaje integral, precoz y centrado en la persona. Con todo ello, cabe preguntarse entonces, si una persona con una condición que potencialmente puede limitarle en el futuro no debería ser ya considerada como alguien que vive con una enfermedad, incluso antes de que se manifiesten esas limitaciones.

No obstante, no puede obviarse que calificar la obesidad como una enfermedad crónica puede generar, en algunos casos, la percepción de que ello contribuye al estigma. Esta inquietud es comprensible, sin embargo, conviene reflexionar sobre por qué otras enfermedades crónicas no generan ese mismo rechazo social. La diferencia no radica en su definición médica, sino en la percepción cultural que arrastramos sobre la obesidad: a menudo no se reconoce como una condición compleja y multifactorial, sino que se interpreta como el resultado exclusivo de decisiones individuales. El estigma no proviene de su reconocimiento como enfermedad, sino de no abordarla como tal. Mientras se insista en culpar a la persona en lugar de ofrecerle un abordaje clínico riguroso, seguirá existiendo el estigma. Por tanto, nombrarla enfermedad no es lo que estigmatiza; al contrario, podría ser un paso imprescindible para, a

largo plazo, **desactivar el estigma y garantizar una atención sanitaria digna y efectiva.**

Ahora bien, este reconocimiento debe ir acompañado de un lenguaje respetuoso y centrado en la persona o “people-first”, como bien promueve la European Coalition for People Living with Obesity (ECPO), que anteponga la condición de persona al diagnóstico y evite expresiones que refuercen estereotipos.

En definitiva, este cambio de perspectiva resulta fundamental: **reconocer la obesidad como enfermedad crónica que requiere tratamiento en el marco de un Plan Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad** es un paso imprescindible no solo para garantizar herramientas diagnósticas, terapéuticas y preventivas más precisas, sino también para combatir el estigma y fomentar una mirada más científica hacia esta compleja condición de salud. Solo desde esta base podremos garantizar que las personas que viven con obesidad reciban la atención y el respeto que merecen.

“ *Desactivar el estigma y garantizar una atención sanitaria digna y efectiva* ”



El peso de las palabras: abordando la obesidad con rigor.

Obesidad y estigma: la urgencia de una transformación de la mirada mediática, social y cultural

Otro de los principales obstáculos en el abordaje de la obesidad es la carga de prejuicios que enfrentan quienes la padecen, una visión que tiene repercusiones negativas a nivel psicológico, social y clínico. Para combatir esta percepción, que reduce la obesidad a una cuestión meramente estética o de fuerza de voluntad, es fundamental que ámbitos como el laboral, el sistema sanitario y los medios de comunicación transformen su enfoque. Solo así se podrá evitar que los pacientes se sientan desmotivados o avergonzados a la hora de buscar atención sanitaria.

En las últimas décadas, el auge de las redes sociales y los modelos de contenido guiados por los titulares engañosos han favorecido la circulación de mensajes dirigidos a atraer tráfico a través de recursos simplistas o de narrativas de transformación y crecimiento personal, frente a la necesidad de comunicar esta patología como una condición de salud crónica y compleja. Así, la información sobre la obesidad termina siendo instrumentalizada como contenido aspiracional, sin una mirada clínica, como sí se utiliza con la mayoría de las enfermedades metabólicas.

“ La información sobre la obesidad termina siendo instrumentalizada como contenido aspiracional, sin una mirada clínica, como sí se utiliza con la mayoría de las enfermedades metabólicas.

03





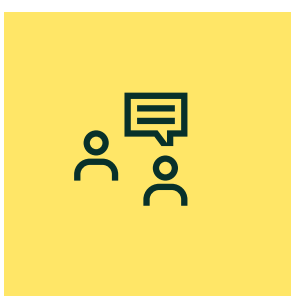
Si ponemos el foco en cómo los medios de comunicación y las redes sociales representan la obesidad, encontramos, en algunos casos, un abordaje alejado del consenso científico, centrándose en la cuestión estética y reduciendo la patología a una cuestión menor, responsabilizando a la persona de su situación y generando discursos sobre la imagen que refuerzan estigmas profundamente arraigados sobre el peso corporal.

Además, intervienen también una serie de intereses comerciales en torno a productos adelgazantes, suplementos, dietas milagro, tratamientos estéticos y aplicaciones de control del peso, cuyo modelo de negocio se beneficia directamente de la patologización de cuerpos fuera de los cánones estéticos tradicionales. A esto se le suman presiones estéticas del sector de la moda, la publicidad y el entretenimiento, que promueven un ideal corporal inalcanzable y estrechamente vinculado a la aceptación social.

La aparición de tecnologías capaces de generar contenidos de manera automática, como la inteligencia

artificial, ha intensificado la producción de mensajes aparentemente ciertos, pero sin rigor científico. En este contexto, el público general se enfrenta a una sobreabundancia informativa sin tener las suficientes herramientas para discernir entre fuentes confiables y contenido pseudocientífico.

Todo lo anteriormente mencionado conforma un ecosistema en el que se prioriza la culpabilización individual y las soluciones rápidas, dejando de lado el enfoque científico, que demanda el análisis de los distintos factores y un manejo a largo plazo. Por todo ello, es necesario el abordaje de la obesidad desde la ciencia, que ofrece explicaciones argumentadas, siempre en evolución con la evidencia disponible.



Estrategias comunicativas para un abordaje efectivo de la obesidad

Dar una respuesta eficaz frente a la desinformación requiere múltiples acciones coordinadas que vayan más allá de desmentir bulos. En primer lugar, es fundamental impulsar plataformas colaborativas que integren a profesionales de la salud, divulgadores científicos, periodistas especializados y creadores de contenido, con el objetivo de generar y difundir información validada, actualizada y comprensible para los distintos públicos. Estas iniciativas deben apoyarse en el uso sistemático de fuentes confiables, como las ofrecidas por sociedades científicas o asociaciones de pacientes, que garanticen tanto la calidad como la legitimidad de los mensajes transmitidos.

En este sentido, es necesario construir una nueva narrativa que elimine la culpa y reconozca la obesidad como una patología compleja, trasladando esta visión también a los medios de comunicación, cuyo papel es clave en el proceso de desestigmatización. En este sentido, algunas sociedades científicas como el Colegio Americano de Endocrinología han propuesto el uso del término “adiposity-based chronic disease” como una alternativa más técnica y centrada en la dimensión clínica de la condición. Aunque esta denominación no ha tenido una adopción generalizada por el momento, se plantea como una propuesta interesante a considerar para favorecer un lenguaje más neutral, centrada en su dimensión clínica y libre de juicios de valor tradicionalmente asociados al peso. En esta misma línea, y como ya se ha mencionado, es fundamental promover la transición a un lenguaje centrado en la persona y no en la enfermedad, dejando de usar expresiones como “personas obesas” u “obesos” y situando el foco en la convivencia con una enfermedad, no reducirles a ella.



Informar con perspectiva: el papel de los medios y profesionales de la comunicación

La formación continua es esencial para todo tipo de comunicadores, periodistas, creadores de contenido o líderes de opinión que se encarguen de trasladar el mensaje a públicos y audiencias más amplias a las que no llegan los medios tradicionales.

Esta formación debería centrarse en cómo interpretar correctamente la evidencia científica, cómo evitar mensajes culpabilizadores y cómo tratar esta condición desde una perspectiva clínica. A su vez, es fundamental desarrollar campañas de comunicación y sensibilización en las que participen las personas que viven con obesidad: dar voz a sus experiencias permite construir relatos más representativos, humanos y realistas, que contribuyen a desmontar mitos y promueven la empatía.

Como se ha mencionado, abordar la obesidad de forma efectiva requiere actuar en todos los frentes donde se construyen y reproducen discursos estigmatizantes. Esto implica abordar también las consultas médicas y de enfermería. Para **romper con el estigma en el ámbito clínico y avanzar hacia un abordaje más humano e integral**, es imprescindible reforzar la sensibilización de los profesionales sanitarios. Esta formación debe incluir:

- Conocimiento sobre fisiología, genética, metabolismo, factores de riesgo, comorbilidades y diferenciación entre sobrepeso y obesidad.
- Estrategias terapéuticas basadas en evidencia científica, como planes nutricionales individualizados, prescripción de ejercicio físico, tratamientos farmacológicos, terapéuticas endoscópicas y cirugía bariátrica.
- Habilidades en comunicación clínica, promoviendo el uso de lenguaje inclusivo, no juicioso, y fomentando la toma de decisiones compartida y la divulgación comprensible de información científica.



Informar con perspectiva: el papel de los medios y profesionales de la comunicación

Con el objetivo de favorecer una transformación del ecosistema informativo, es clave la elaboración de guías específicas para medios de comunicación, diseñadas junto a profesionales de la salud y expertos en comunicación, que incluyan recomendaciones y orientaciones prácticas sobre el uso de un lenguaje no estigmatizante, abordado siempre desde la ciencia como cualquier otra enfermedad. Además, sería positivo crear un observatorio que monitorice periódicamente la representación mediática de la obesidad, identificando mensajes dañinos y sesgos, o señalando buenas prácticas y generando evidencia útil para promover un mejor tratamiento informativo.

Pero sin duda alguna, uno de los aspectos clave es el fomento de la participación activa de los profesionales de la salud y las sociedades científicas en los canales donde más circula la desinformación, especialmente en redes sociales. Su presencia en estos espacios, donde puedan aportar mensajes claros, bien fundamentados y profesionales, puede ayudar a reforzar la confianza del público en la evidencia. Pero para que su participación sea realmente efectiva, también es necesario invertir en el fortalecimiento de sus competencias comunicativas, entendiendo que el impacto de sus intervenciones dependerá no solo de lo que se dice, sino también de cómo, dónde y quién lo dice.

Además, es fundamental actuar desde el entorno social y junto a la ciudadanía. La transformación del imaginario colectivo sobre la obesidad no se logra únicamente a través de intervenciones clínicas o mensajes aislados, sino mediante una sensibilización profunda y sostenida que atraviese todos los espacios.



Informar con perspectiva: el papel de los medios y profesionales de la comunicación

Esto implica diseñar e implementar campañas educativas y de concienciación dirigidas a escuelas, centros de trabajo, instituciones públicas y entornos comunitarios, con especial atención a los grupos más vulnerables. Estas campañas deben promover una comprensión más realista y compasiva de la obesidad, alejada de estereotipos y centrada en la evidencia científica.

Del mismo modo, es esencial acompañar a quienes viven con obesidad desde una perspectiva de apoyo, no de juicio. Esto implica reconocer su situación como una condición clínica compleja, validar su experiencia individual y proporcionar herramientas que favorezcan su implicación activa en el proceso de atención. Este acompañamiento debe basarse en una responsabilidad compartida entre el sistema sanitario y la persona, sin culpabilización, pero con compromiso conjunto.

En este sentido, la manera en que se comunica y percibe la obesidad no solo impacta en la generación y perpetuación de estereotipos, prejuicios y estigmas, sino que condiciona de forma directa su abordaje dentro del sistema sanitario. En consecuencia, resulta imprescindible replantear el modelo asistencial desde una perspectiva científica, libre de prejuicios y basada en una comprensión actualizada de lo que implica vivir con obesidad, para incorporar un enfoque holístico que garantice una atención personalizada y continua.



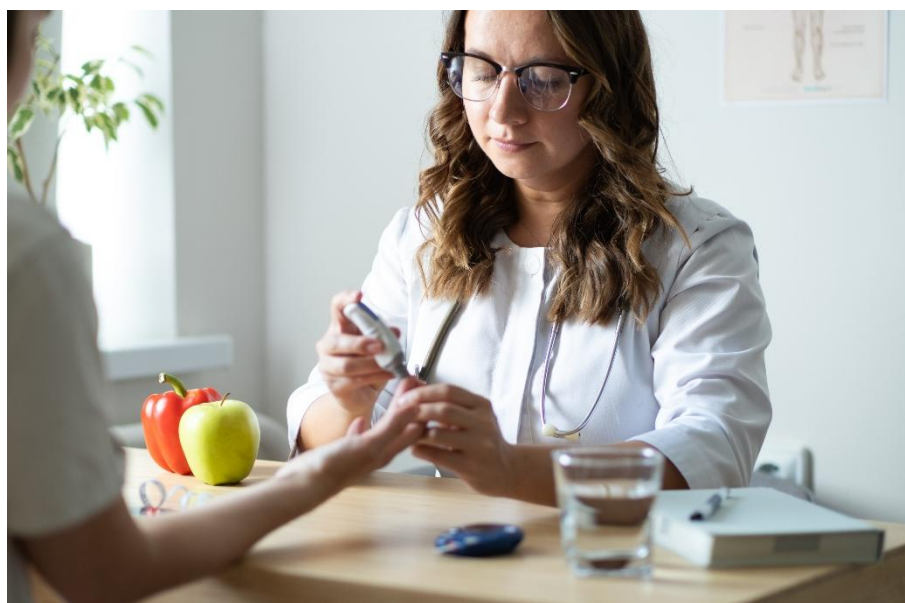
Hacia un modelo asistencial más eficaz y centrado en la persona

La falta de concienciación, formación y sensibilización en los medios de comunicación y redes sociales no solo perpetúa estigmas y falsos mitos sobre la obesidad, sino que también tiene un impacto directo en el plano clínico.

Cuando el mensaje que más se repite es que todo se reduce a “falta de fuerza de voluntad”, eso no solo hace daño a quien vive con obesidad, también influye —mucho más de lo que parece— en cómo se actúa en las consultas. Este enfoque culpabilizador lleva a que muchas personas retrasen la búsqueda de ayuda sanitaria, no se sientan escuchadas o no reciban la atención adecuada, conllevando un infradiagnóstico y a su vez, un abordaje profesional muchas veces ineficaz.

La narrativa social condiciona así la percepción tanto de quienes viven con obesidad como de quienes tienen la responsabilidad de tratarla. Por ello, lograr un diagnóstico temprano y una adecuada ruta asistencial requiere un cambio profundo en la manera en que entendemos y comunicamos esta enfermedad. Teniendo en cuenta que tanto los profesionales sanitarios como los pacientes forman parte de nuestra sociedad, solo desde una conciencia colectiva más informada, basada en ciencia y realista será posible construir un modelo asistencial verdaderamente eficaz, centrado en la persona y libre de estigmas.

Ahora, más allá de transformar la percepción sobre la obesidad, también es fundamental plantear este nuevo y mejorado modelo asistencial, que realmente cubra las necesidades de las personas.



04



Articulando una ruta asistencial integral

Actualmente, el abordaje de la obesidad en el sistema sanitario presenta desafíos importantes en cuanto a coordinación y homogeneidad. Si bien existen protocolos y guías clínicas, su implementación práctica varía entre territorios y niveles asistenciales, lo que puede dificultar una atención integral y continuada para las personas con obesidad. Una de las principales limitaciones es la insuficiencia de registros clínicos consolidados y accesibles sobre las personas que viven con obesidad. Aunque existen datos registrados, con frecuencia no se comparten entre sistemas y, en muchos casos, no se analizan de forma prolongada ni sistemática. Esta falta de interoperabilidad y continuidad en los sistemas de información impide generar un conocimiento preciso sobre la prevalencia, la evolución clínica y las necesidades específicas. Sin una base informativa robusta, es difícil diseñar una hoja de ruta con objetivos claros y estrategias efectivas a nivel local, donde se pueden implementar con mayor precisión las acciones de mejora, seguimiento y atención personalizada.

Por otro lado, la obesidad se aborda también en el ámbito privado y en el entorno de salud laboral, ámbitos donde la heterogeneidad en los protocolos y recursos disponibles plantea un importante margen de mejora en la coordinación de acciones. Incluir estos espacios en el diseño de estrategias puede reforzar la coherencia del abordaje global de la obesidad.

Aunque la fragmentación de la información es un reto común para muchas patologías, este problema se agrava en el caso de la obesidad por la dispersión de datos entre distintos entornos —sanitario, laboral y privado—, junto con el escaso diagnóstico que a menudo se produce por la falta de percepción de la obesidad como enfermedad, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales, dificultando enormemente la visión integral del problema y la continuidad asistencial.



Nuevas formas de evaluar y medir la obesidad

En este sentido y como primer paso de esta ruta, la creciente prevalencia de la obesidad exige una revisión profunda del sistema diagnóstico que se utiliza actualmente. Durante décadas, el Índice de Masa Corporal (IMC) ha sido la herramienta de referencia: un parámetro fácil de calcular, accesible y útil como lenguaje común entre profesionales. Sin embargo, la evolución del conocimiento científico y la creciente complejidad clínica de esta patología han dejado en evidencia sus limitaciones.

Aunque el IMC sigue teniendo un valor orientativo, no debería ser el único criterio de evaluación. Su carácter generalista impide captar la diversidad y gravedad real de cada caso, ya que no traduce de forma precisa la relación entre masa corporal y salud. Personas con el mismo IMC pueden presentar perfiles metabólicos radicalmente distintos, con niveles de riesgo muy diferentes. Esta falta de especificidad puede conducir a diagnósticos incompletos, a subestimar situaciones clínicas relevantes o, por el contrario, a etiquetar como patológicos casos que no lo son, generando intervenciones innecesarias o ineficaces.

Ante esta realidad, sumar nuevos parámetros, que reflejen de forma más precisa la condición física y metabólica del paciente, permitiría una valoración más personalizada y ajustada a la realidad de cada individuo. La índice cintura/talla se relaciona con la adiposidad visceral y el riesgo de complicaciones cardiometabólicas y es el parámetro que se recomienda por sociedades científicas, como EASO, en la evaluación de las personas con obesidad. También destaca la importancia de combinar medidas antropométricas, técnicas de composición corporal, parámetros bioquímicos y técnicas de imagen, entre otros.



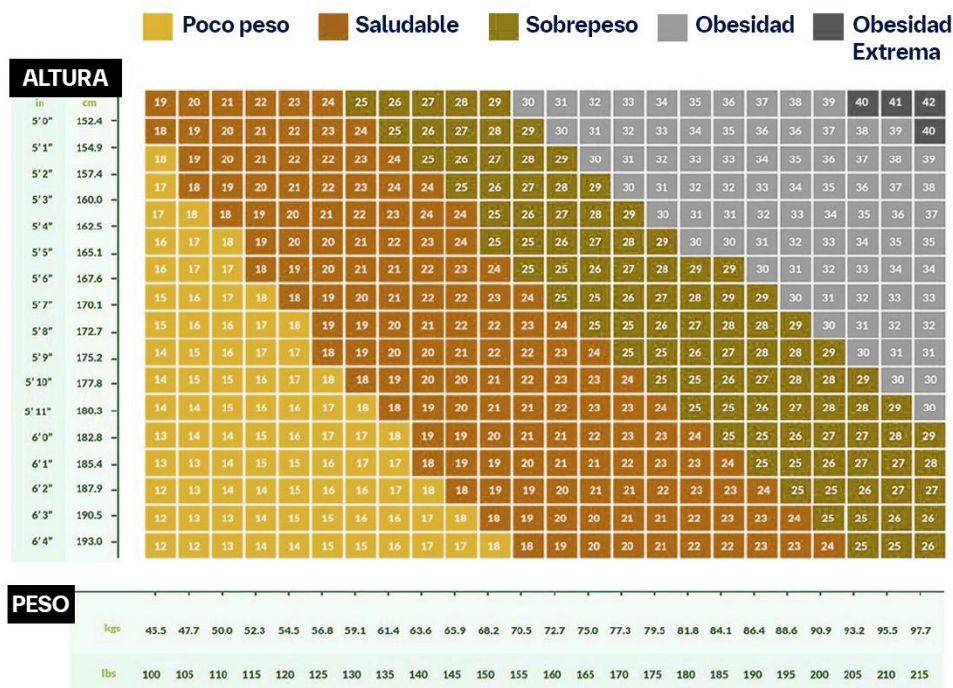
Nuevas formas de evaluar y medir la obesidad

Por otra parte, la bioimpedancia eléctrica (BIA) es una técnica no invasiva que permite estimar la composición corporal, incluido el porcentaje de masa grasa, masa magra y agua corporal total. Se basa en la medición de la resistencia que los tejidos biológicos ofrecen al paso de una corriente eléctrica de baja intensidad, lo que permite inferir la distribución y el estado del tejido adiposo y muscular.

Esta información permite diferenciar, por ejemplo, a una persona con obesidad, pero metabólicamente sana, de otra con un mayor riesgo cardiometabólico, o detectar situaciones de riesgo en personas con un peso normativo pero un porcentaje elevado de grasa corporal. En este sentido, la bioimpedancia puede facilitar un seguimiento del tratamiento más ajustado y eficiente.

Aunque algunos informes han cuestionado su incorporación en el ámbito de la atención primaria, estos análisis se han ceñido a interpretaciones limitadas, y diversas sociedades científicas (SEEN, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG y SEEDO) han respaldado su utilidad como herramienta complementaria en la evaluación de la composición corporal durante el seguimiento clínico de la obesidad.

No obstante, cabe destacar que este procedimiento, como cualquier otro, tiene limitaciones: su precisión depende tanto de la calidad del dispositivo utilizado como de las características de la población evaluada. Por ello, debe considerarse como una herramienta de apoyo, integrada dentro de una valoración clínica más amplia.





Nuevas formas de evaluar y medir la obesidad

También se propone el uso de nuevos puntos de corte para parámetros clínicos y bioquímicos clave —como el perímetro abdominal, los índices de fibrosis hepática (ej. FIB-4), los niveles de presión arterial, lípidos y hemoglobina glicosilada—, con el fin de detectar lo antes posible comorbilidades y daño en órganos diana, especialmente en el sistema cardiovascular y el hígado. Esto permitiría una detección más precoz y mejores resultados clínicos a medio y largo plazo. A esto cabe añadir el desarrollo de protocolos específicos para identificar complicaciones, de forma que se implementen cribados estructurados, con una evaluación clínica rigurosa, registro y codificación adecuados.

En definitiva, avanzar hacia un modelo diagnóstico más completo no es solo una cuestión técnica: es una forma de reconocer la complejidad real de la obesidad, ofrecer una atención personalizada, ajustada a la realidad social y clínica de cada paciente, y empezar a romper con los sesgos que tanto han condicionado su abordaje hasta ahora.





Detección temprana y abordaje integral desde todos los niveles asistenciales

Un abordaje asistencial efectivo debe comenzar con una detección precoz desde todos los ámbitos. En muchos casos, la obesidad se detecta de forma indirecta, a través de un contacto por otro motivo en el centro de salud, por diferentes razones como diabetes, hipertensión, dislipemia, apnea del sueño, problemas osteoarticulares, dermatológicos, gota, alteración de la analítica hepática, etc. Con frecuencia, son estas las que actúan como detonantes del diagnóstico y de la posterior búsqueda de tratamiento.

En este sentido, es especialmente relevante reforzar la detección precoz en la infancia y adolescencia, etapas críticas en las que ya se observa un aumento significativo de la prevalencia de obesidad. La pediatría de Atención Primaria juega un papel clave, no solo en la identificación temprana de desviaciones en el crecimiento o el desarrollo del peso, sino también en la educación sanitaria de las familias y en la implementación de intervenciones preventivas. La incorporación de medidas antropométricas durante las revisiones infantiles, junto con una valoración nutricional y del estilo de vida, puede permitir actuar antes de que se consoliden patrones de riesgo que, en muchos casos, persisten en la edad adulta.

En este contexto, es fundamental que todos los profesionales sanitarios integren de forma rutinaria la evaluación del peso y del estado nutricional, en todas las consultas, en los ingresos hospitalarios y en otros puntos de contacto clínico, independientemente del motivo de atención, del mismo modo que se hace con otras patologías. Esto permitiría mejorar el registro, seguimiento y abordaje continuado, además de obtener más información sobre la enfermedad en estadios precoces, como el peso.



Detección temprana y abordaje integral desde todos los niveles asistenciales

Para ello, resulta prioritario establecer métodos diagnósticos estandarizados y mejorar el registro automatizado de datos antropométricos, como el IMC o el perímetro de cintura, en la historia clínica digital, asegurando su accesibilidad entre especialidades, centros y niveles asistenciales. La utilización de herramientas digitales interoperables puede facilitar este intercambio de información y reforzar la continuidad asistencial. Así mismo es fundamental subrayar la importancia de la no estigmatización, especialmente durante el diagnóstico, pues puede generar reticencias en los pacientes a la hora de recoger ciertas medidas antropométricas como el peso.

El papel de la salud laboral en la detección de la obesidad a través de reconocimientos médicos es también muy importante, puesto que muchas personas acuden a sus médicos de trabajo como primer encuentro con un médico, y estos pueden a su vez derivar a estos pacientes al médico o enfermera de familia correspondiente. Además, en el lugar de trabajo pueden generarse intervenciones relacionadas con programas de prevención y promoción de hábitos de vida saludables.

No obstante, en esta ruta, la Atención Primaria debe convertirse en el eje central, actuando como primer punto de contacto, clave en la detección precoz, la continuidad asistencial entre niveles asistenciales y el seguimiento longitudinal del paciente. Además, puede integrar programas de educación nutricional adaptados a todas las etapas de la vida y fomentar la prescripción social de ejercicio físico y hábitos saludables mediante recursos comunitarios. No obstante, el seguimiento debe entenderse como una responsabilidad colectiva de todos los profesionales implicados.

Asimismo, es indispensable el **apoyo de un equipo multidisciplinar** bien coordinado, con protocolos comunes entre niveles asistenciales y criterios claros sobre cuándo y cómo debe intervenir cada especialidad. Entre los perfiles que deben integrarse de manera sistemática, y que deben trabajar conjuntamente para consensuar las pautas de atención e indicaciones de tratamiento, se incluyen:



1. Endocrinología y Nutrición

por su conocimiento especializado en la obesidad y en otras enfermedades metabólicas y hormonales, resulta especialmente valiosa en la evaluación de los casos más complejos. Su labor se centra en establecer las pautas de atención coordinada y definir las rutas asistenciales, asumiendo la coordinación del equipo interdisciplinar si es posible, siempre en estrecha colaboración con el resto de especialidades del equipo.



Detección temprana y abordaje integral desde todos los niveles asistenciales



2. Medicina de familia y comunitaria

como ya hemos comentado, como primer lugar de contacto en el sistema sanitario, con capacidad para la detección precoz, el seguimiento longitudinal y la coordinación asistencial. Para ello deben tener más tiempo, formación y herramientas para abordar la obesidad, además de solventar la actual falta de especialistas en este ámbito.



3. Enfermería Familiar y Comunitaria

especialmente en atención primaria y comunitaria, con competencias esenciales en la identificación inicial, el acompañamiento, el entrenamiento en el autocuidado y la detección de recaídas. Además, su cercanía al paciente y su presencia continuada en el proceso asistencial les permite planificar cuidados clave en la motivación, adherencia al tratamiento y coordinación con otros profesionales .



4. Dietistas-nutricionistas

encargados del diseño de planes alimentarios adaptados al perfil clínico y sociocultural del paciente. En este sentido, los equipos clínicos deben incluirles de forma estructural puesto que tienen una función clave en el diseño de planes nutricionales individualizados.



5. Psicología clínica y psiquiatría

para abordar los factores emocionales, conductuales y psicológicos asociados a la obesidad desde un enfoque empático. Estos profesionales son fundamentales en la evaluación del impacto del estigma, la presencia de trastornos del estado de ánimo, la relación con la autopercepción, el autocuidado, o los posibles trastornos alimentarios.



6. Medicina interna

por su papel clave en la detección de la obesidad, especialmente en pacientes que consultan por otras patologías, y por su visión integradora, que permite un abordaje global y coordinado de las múltiples comorbilidades asociadas.



7. Rehabilitación, fisioterapeutas, educadores físicos o especialistas en medicina del deporte

Estos perfiles pueden valorar el estado funcional y musculoesquelético de la persona, y prescribir la actividad física ajustada a las capacidades del paciente, de forma que puedan prevenir lesiones, mejorar la movilidad y diseñar planes de actividad física seguros y sostenibles.



Detección temprana y abordaje integral desde todos los niveles asistenciales



8. Cirugía general y bariátrica

debe incorporarse en los equipos del abordaje de la obesidad ofreciendo una opción terapéutica más dentro del conjunto de alternativas disponibles. Su implicación temprana en la evaluación y seguimiento del paciente permite planificar de forma más adecuada e individualizada el tratamiento.



9. Aparato Digestivo

9. 1 Hepatología

por su implicación en el manejo de la enfermedad hepática asociada con disfunción metabólica (esteatosis hepática metabólica), una comorbilidad muy frecuente en el contexto de la obesidad, además de otras patologías relacionadas, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, entre otras.

9. 2 Gastroenterología

por su implicación en el abordaje integral de enfermedades digestivas como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, las enfermedades inflamatorias intestinales y los distintos tipos de cáncer del aparato digestivo, patologías que muestran una estrecha relación con la obesidad y sus alteraciones metabólicas asociadas.



10. Cardiología

debido a la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en personas con obesidad, y a su experiencia en la prevención, diagnóstico y tratamiento de estas complicaciones.



11. Profesionales con formación específica en técnicas endoscópicas

por su participación en el abordaje integral de la obesidad, dada la eficacia clínica demostrada de los tratamientos endoscópicos (como endoscopia metabólica y bariátrica) como herramientas terapéuticas útiles en determinados perfiles de pacientes.

Dada la complejidad clínica de la obesidad y su estrecha relación con múltiples comorbilidades, su abordaje exige contemplar la implicación, en muchos casos, de otras especialidades médicas. Así, además del núcleo de profesionales que deben integrarse sistemáticamente en los equipos multidisciplinares, es fundamental contar con la participación de especialistas en Cardiología, Gastroenterología-hepatología, Nefrología, Medicina Interna, Neumología, Urología, Cirugía, Ginecología, Reumatología, Oncología y otras. Por ello, el enfoque asistencial debe completarse según las necesidades individuales, para ofrecer una atención personalizada y optimizar el manejo de posibles complicaciones asociadas a la obesidad.



Atención personalizada y continuidad asistencial

Más allá de la atención clínica, es imprescindible reforzar también la dimensión estructural del sistema sanitario. Esto implica garantizar la disponibilidad de estos perfiles profesionales en todos los centros y asegurar una distribución equitativa en el territorio, de forma que el acceso a un tratamiento integral no dependa del lugar de residencia. Igualmente, es fundamental apostar por la continuidad asistencial, evitando que los pacientes se vean obligados a cambiar de profesionales médicos o enfermeras en cada visita, lo que compromete la relación sanitario-paciente, el vínculo terapéutico y la eficacia del tratamiento.

En cuanto a las intervenciones terapéuticas, uno de los grandes retos es la adherencia al tratamiento. La motivación del paciente resulta esencial para mantener su compromiso a largo plazo, lo cual requiere establecer objetivos realistas y evitar cualquier enfoque culpabilizador o enjuiciador. Además, es evidente que la frustración, el abandono o las barreras estructurales (socioeconómicas, psicológicas) pueden interferir de manera significativa en el proceso.

Por ello, resulta imprescindible contar con tratamientos individualizados, consensuados y adaptados a la realidad y circunstancias de cada persona, considerando su entorno social, económico y cultural. Esto implica que las intervenciones sean flexibles y respeten plenamente la autonomía del paciente, brindándole información clara, objetiva y comprensible sobre las características de cada alternativa terapéutica.

Esta información debe incluir las indicaciones y contraindicaciones de la intervención, duración esperada y el potencial efecto rebote (de haberlo), los posibles efectos adversos, las interacciones clínicas relevantes, y cualquier otra característica que permita al paciente comprender íntegramente lo que se le propone.



Atención personalizada y continuidad asistencial

Solo así, con un conocimiento informado de las distintas opciones terapéuticas, es posible garantizar el derecho del paciente a elegir aquella que mejor se alinee con sus valores, preferencias y circunstancias personales, participando activamente en la construcción de su propio plan de tratamiento.

Para consolidar este proceso y asegurar la continuidad del cuidado, el establecimiento de metas alcanzables a corto y medio plazo, un acompañamiento terapéutico estructurado, el apoyo emocional y la implicación activa de la familia y la comunidad constituyen elementos clave.

Finalmente, el acceso al tratamiento adecuado continúa siendo una asignatura pendiente dentro del Sistema Nacional de Salud. Actualmente, la cirugía bariátrica es el único tratamiento financiado, pero su acceso está gravemente limitado, no solo por las largas listas de espera —que en algunos casos superan los cinco años—, sino fundamentalmente por la insuficiente disponibilidad de grupos especializados en cirugía bariátrica y por la falta de reconocimiento de este procedimiento dentro de la cartera de servicios con garantía de tiempo de espera. Esta situación contribuye a una notable desigualdad entre comunidades autónomas y a una atención inadecuada, lo que subraya la necesidad de reforzar un abordaje integral de la patología, tanto antes como después de la cirugía.

En este escenario, es urgente garantizar un acceso equitativo a tratamientos innovadores, incluyendo tanto terapias farmacológicas que actualmente no cuentan con financiación pública como tratamientos endoscópicos que han demostrado eficacia clínica y tienen un lugar reconocido en el algoritmo terapéutico. Aunque la disponibilidad de estas terapias pueda estar limitada, su acceso debería garantizarse, al menos, para aquellos pacientes con mayor riesgo o necesidades clínicas prioritarias, evitando que el código postal determine la calidad de la atención recibida.



Al mismo tiempo, debe reconocerse el riesgo y tendencia creciente de medicalización excesiva, impulsada por problemas estructurales del sistema sanitario, como la falta de recursos, de tiempo y de profesionales. Estas circunstancias pueden favorecer soluciones aparentemente más rápidas, como el uso generalizado de terapias farmacológicas, pero que deben ser siempre complementarias a otro tipo de intervenciones. Es fundamental no perder de vista que una respuesta efectiva y sostenible requiere también transformar las condiciones de vida que originan y perpetúan la enfermedad.



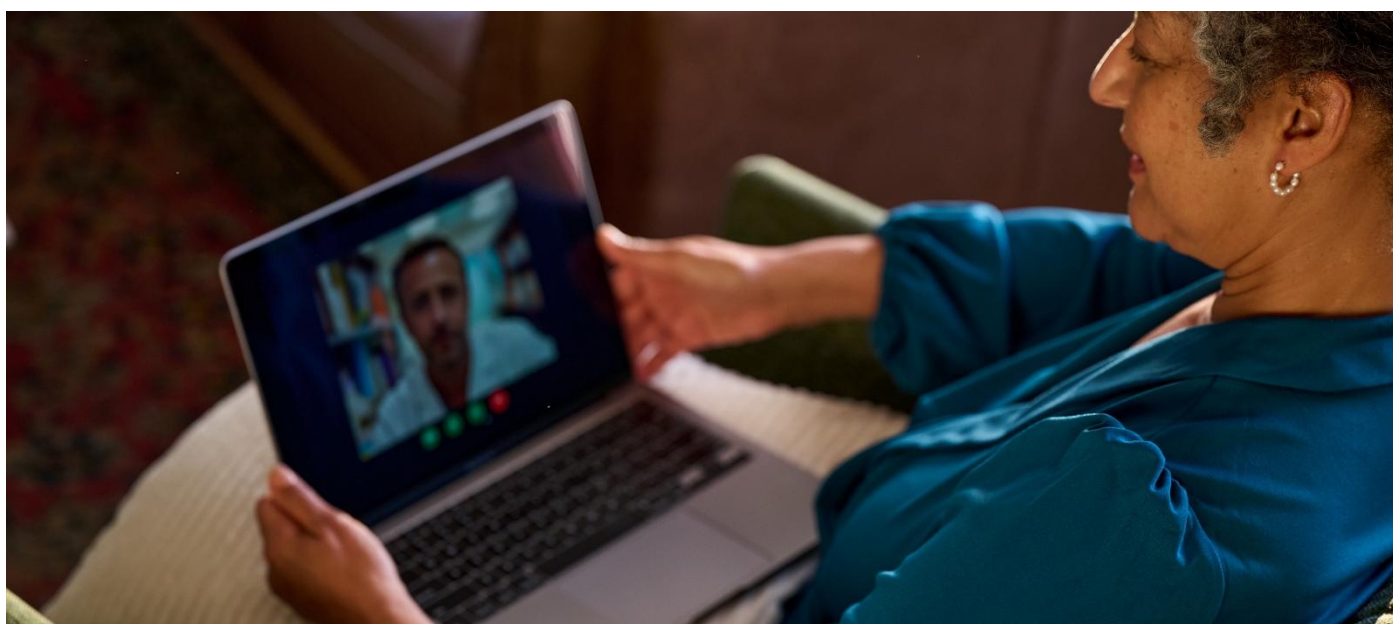
Atención personalizada y continuidad asistencial

Por ello, la disponibilidad de estas terapias debe ir acompañada de una reflexión ética y clínica sobre su prescripción, para evitar que se conviertan en la única vía de actuación.

En este proceso, es imprescindible visibilizar y abordar el papel de los determinantes sociales de la salud ya mencionados. Factores como la pobreza, la precariedad laboral, la inseguridad alimentaria o la falta de acceso a espacios seguros para la actividad física limitan seriamente las opciones de cuidado personal. Pretender que la responsabilidad individual es suficiente sin garantizar primero las condiciones mínimas para ejercerla, no solo resulta injusto, sino también ineficaz. Por ello, cualquier estrategia de prevención o tratamiento debe estar acompañada por políticas públicas que reduzcan estas desigualdades y promuevan entornos más saludables y equitativos.

Este nuevo modelo de atención debe construirse junto con las personas que viven con obesidad, situando al paciente en el centro de las políticas de salud pública y los servicios asistenciales. Esto implica no solo garantizar el acceso a servicios, recursos diagnósticos y tratamientos adecuados, sino también escuchar activamente las experiencias, necesidades y barreras de quienes viven con obesidad.

No podemos seguir esperando que las personas se adapten a un sistema que no ha sido diseñado para comprenderlas. Es el sistema el que debe transformarse para responder a la complejidad real de esta enfermedad y de quienes la viven. Hacerlo no es una opción futura: es una necesidad urgente y una responsabilidad compartida que debemos asumir desde hoy.



Anexo II

Glosario de siglas

AESAN – Agencia Estatal de Seguridad Alimentaria y Nutrición

ANPO – Asociación Nacional de Personas con Obesidad

AP – Atención Primaria

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019 (Enfermedad del Coronavirus 2019)

EASO – European Association for the Study of Obesity (Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad)

ECPO – European Coalition for People living with Obesity (Coalición Europea de Personas que viven con Obesidad)

IMC – Índice de Masa Corporal: *fórmula que relaciona el peso y la altura para saber si una persona tiene un peso adecuado, sobrepeso u obesidad. Aunque es orientativo, no muestra toda la realidad sobre la salud de una persona.*

MASH – Metabolic dysfunction-associated steatohepatitis (esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica): *forma más grave de MASLD. Además de acumular grasa en el hígado, hay inflamación y daño en las células hepáticas. Puede evolucionar a enfermedades más serias si no se trata a tiempo.*

OMS – Organización Mundial de la Salud

PIB – Producto Interior Bruto

SEEDO – Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

SEEN – Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

SEMG – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

SEMFYC – Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEMergen – Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SESPAS – Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

SNS – Sistema Nacional de Salud

Anexo II

Bibliografía

1. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ENE-COVID: situación ponderal de la población adulta en España. 2020. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/prevalencia_obesidad.htm
2. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2025: Overweight, Obesity and Non-Communicable Diseases. London: World Obesity Federation, 2025.
3. Ministerio de Derechos Sociales. Estudio ALADINO. Estudio sobre Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. 2023. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ALADINO_AESAN.pdf
4. Bae, Jay P. et al. Prevalence of Complications and Comorbidities Associated with Obesity: A Health Insurance Claims Analysis. BMC Public Health. 2025; 25:273.
5. Pantalone KM, et al. Prevalence and recognition of obesity and its associated comorbidities: cross-sectional analysis of electronic health record data from a large US integrated health system. BMJ Open. 2017;7(11):e017583.
6. Quek, J., et al. Global prevalence of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in the overweight and obese population: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2023(1): 20–30.

Otros documentos consultados

- . SEEDO. Obesidad en España 2025: del lenguaje estigmatizante a la innovación en investigación y los nuevos tratamientos, pasando por la prevención. Expertos de SEEDO revisan los retos y avances que acechan a esta enfermedad. Cuenca, 24 de enero de 2025. https://www.seedo.es/images/prensa/25-01-24_NdP_Seminario_SEEDO_Periodismo_y_Obesidad.pdf
- . Grupo de trabajo GIRO. Guía española del manejo Integral y multidisciplinar de la Obesidad en personas adultas (GIRO). Versión 2.0. Abril 2025. https://www.seedo.es/images/site/giro/GUIA-GIRO-2a-edicin_26NOV2024.pdf
- . Pedersen MH, et al. The prevalence of comorbidities in Danish patients with obesity - A Danish register-based study based on data from 2002 to 2018. Clin Obes. 2022 Oct;12(5):e12542.

Miembros de ConCiencia

ConCiencia en obesidad está formado por:



**Dr. Javier García
Alegría**
Portavocía



**Dra. Mª del Mar
Malagón**
Miembro GT



Dr. Javier Escalada
Miembro GT



Dr. Manuel Romero
Miembro GT



Dra. Pilar Rodríguez
Miembro GT



Dra. Irene Bretón
Directora del
grupo



Dra. Diana Díaz Rizzolo
Miembro GT



**Dra. Montserrat
Chimeno**
Miembro GT



Dr. Amador García
Miembro GT



**Dr. J. Ramón
Juanatey**
Miembro GT



Dr. Rafael Micó
Miembro GT



**Dra. Carmen
Grau**
Miembro GT



**Sr. Federico Luis
Moya**
Miembro GT



**Dra. Marta Ramón
Krauel**
Miembro GT

Entidades adheridas

ConCiencia en obesidad cuenta con el aval de:



SED | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES



Con la colaboración de:



