

Optimizando los enfoques sanitarios para las personas con obesidad severa en España: una propuesta estratégica de acceso del Grupo de Trabajo en Obesidad Severa

Amador García Ruiz de Gordejuela¹, Javier Salvador², María Inmaculada Cervera Pérez³, Carina Escobar Manero⁴, Andoni Lorenzo Garmendia⁵, Albert Lecube⁶, Javier Osorio Aguilar⁷, Violeta Moizé Arcone⁸, Norberto Cassinello Fernández⁹, José Luis Poveda Andrés¹⁰, Ana Martí Delgado¹¹, Félix Rubial Bernárdez¹², Paloma Casado Duráñez¹³, Néboa Zozaya¹⁴, Javier Villaseca¹⁴, Alvaro Hidalgo-Vega¹⁵

¹ Bariatric Surgeon, Donostia University Hospital, President, Spanish Society of Obesity Surgery (SECO)

² Clinical endocrinologist. University of Navarra. Obesity SEEN Area, Spanish Endocrine & Nutrition Society (SEEN)

³ President, Spanish Society of Primary Care Physicians of Valencia (SEMERGEN, Valencian Community)

⁴ President, Platform of Patients' Organisations

⁵ President, Spanish Patients' Forum

⁶ Vice-president, Spanish Society for the Study of Obesity (SEEDO). Arnau de Vilanova University Hospital in Lleida. IRBLleida. Lleida University.

⁷ Surgeon of the Bariatric and Metabolic Surgery Unit, Bellvitge University Hospital

⁸ President, Spanish Scientific Society of Dietetics and Nutrition (SEDYN). Dietician - Nutritionist, Obesity Unit, Barcelona Clinic Hospital

⁹ Surgeon, Endocrine and Bariatric Surgery Unit, University Hospital Clínico of Valencia

¹⁰ Manager of the la Fe Hospital, Valencia

¹¹ Coordinator of Citizen Attention and Participation, Vall d'Hebron University Hospital

¹² Managing Director Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Cantabrian Health Service

¹³ Managing Director of the Southeast University Hospital

¹⁴ Department of Health Affairs and Policy Research, Weber, Madrid, Spain.

¹⁵ President of Weber Foundation. Madrid, Spain

E-mail: clara.panella@vallhebron.cat, vilallongapuy@gmail.com

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.01028>

Recepción: 19-Mayo-2025

Aceptación: Octubre-2025

Publicación online: Nº Diciembre 2025

Resumen

Objetivo: La obesidad se ha convertido en un problema sanitario prioritario en los países desarrollados, alcanzando niveles epidémicos en las últimas décadas. Este estudio tuvo como objetivo impulsar una discusión estratégica multiactor para abordar el reto de la obesidad severa en España y definir medidas específicas de mejora. **Métodos:** El estudio fue llevado a cabo por un comité compuesto por 13 expertos con perfiles diversos, diferentes niveles de responsabilidad y procedencias geográficas variadas. Se establecieron tres grupos de trabajo: uno centrado en aspectos clínicos, otro en gestión y un tercero en consolidación. Tras analizar los desafíos existentes, se propusieron medidas para mejorar el acceso, priorizadas por relevancia y viabilidad. **Resultados:** Se desarrolló un algoritmo de gestión con 29 medidas, agrupadas en tres niveles: micro (itinerarios personalizados y atención

compartida), meso (coordinación, continuidad asistencial) y macro (educación en salud pública y recogida de datos). Entre las principales medidas figuran la transposición autonómica del Plan Nacional de Obesidad y la mejora de los sistemas de evaluación hospitalaria, con liderazgo autonómico y hospitalario. **Conclusión:** Este trabajo puede contribuir a mejorar los itinerarios asistenciales y el acceso sanitario de las personas con obesidad severa en el contexto español.

Palabras clave

- Obesidad severa
- Gestión del acceso
- Itinerario asistencial
- Recomendaciones políticas
- Sistema sanitario español

Optimizing healthcare approaches for people with severe obesity in Spain: a strategic access proposal from the Severe Obesity Working Group

Abstract

Objective: Obesity has become a major health issue in developed countries, escalating to epidemic levels in recent decades. The objective of this study was to conduct a multistakeholder strategic discussion to address the challenge of managing severe obesity in Spain and establish specific improvement measures in this area. **Methods:** This study was carried out by a committee made up of 13 experts with different profiles, management levels and geographical origins in Spain. Three working groups were established: one focused on clinical aspects, another on management, and the last one on consolidation. After analysing the existing challenges, a set of access improvement measures was proposed and scaled by relevance and feasibility. **Results:** An obesity management algorithm was developed with the 29 proposed improvement measures, grouped into micro-,

meso-, and macro-management levels. Micro-management focused on personalized and shared care pathways, while meso- and macro-management addressed data collection, continuity of care, coordination, and public health education. Key measures included the regional transposition of the National Plan for Obesity and improving hospital care evaluation systems, with leadership primarily involving regional and hospital settings. **Conclusion:** This study may contribute to enhancing the access healthcare pathway of people with severe obesity within the Spanish context.

Keywords:

- Severe obesity
- Access management
- Patient pathway
- Policy recommendations
- Spanish healthcare system

Introducción

La obesidad es uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados y, en las últimas décadas, ha alcanzado proporciones epidémicas, ya que cuatro millones de personas fallecen cada año en todo el mundo por causas relacionadas con el sobrepeso y la obesidad¹. En España, la prevalencia de la obesidad en la población adulta alcanza el 16%², mientras que la obesidad grave afecta al 5%, con una mayor incidencia en mujeres que en hombres (5,3% frente a 4,5%)³. En las últimas décadas, la obesidad en adultos se ha multiplicado por 2,2, pasando del 7,4% en 1987 al 16,0% en 2020, con un impacto más pronunciado en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos⁴.

La obesidad no solo es crítica desde una perspectiva sanitaria, sino también desde el punto de vista económico. Se estima que las personas que viven con obesidad consumen un 20% más de recursos sanitarios y un 68% más de medicamentos que la población general, además de contribuir a pérdidas en la productividad laboral^{5,6}.

En España, los esfuerzos se centran en optimizar las

estrategias de prevención primaria (evitar la aparición de la enfermedad), prevención secundaria (detección precoz y tratamiento) y prevención terciaria (minimizar las consecuencias) de la obesidad. Sin embargo, nuestro país aún enfrenta importantes desafíos en este ámbito como, entre otros, la necesidad de armonizar el abordaje de la enfermedad, reducir la variabilidad regional, adecuar mejor las necesidades del paciente con la atención integral recibida, ampliar la cobertura de nuevos tratamientos farmacológicos para el manejo de la obesidad y optimizar las listas de espera para cirugía bariátrica (por ejemplo, el tiempo medio de espera para esta cirugía era de 397 días por paciente, con casos extremos que alcanzan los 5 años⁷). Además, hay que tener en cuenta que la estructura del sistema sanitario español, caracterizada por su gestión descentralizada, puede dar lugar a niveles de atención muy diversos entre las distintas regiones. España cuenta con un plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad, pero está limitado a la población pediátrica⁸, por lo que no existe una estrategia dirigida al manejo de la obesidad en adultos. Asimismo,

el estigma asociado a la enfermedad dificulta el acceso al abordaje adecuado⁹.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo recopilar información, abordar los retos existentes y alcanzar un consenso sobre medidas concretas que mejoren el acceso al manejo de las personas con obesidad grave en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, a medio y largo plazo, desde una perspectiva amplia, multifacética e integral.

Metodología

Este estudio fue llevado a cabo por un Comité de Expertos responsable de analizar la situación inicial y proponer recomendaciones de mejora de distinta índole. El comité fue multidisciplinario y estuvo compuesto por 13 expertos

(Tabla 1) con distintos perfiles, niveles de gestión y procedencias geográficas en España, cubriendo las distintas fases del itinerario asistencial del paciente. Los miembros del comité fueron seleccionados en función de su experiencia en el ámbito de la obesidad, con el fin de representar a todos los agentes implicados en el proceso asistencial de las personas con obesidad grave en España. Entre los miembros se encontraban profesionales clínicos de distintas especialidades como cirugía bariátrica, nutrición, atención primaria y endocrinología, así como representantes de la administración sanitaria, sociedades científicas y organizaciones de pacientes. Algunos de estos expertos actuaban además como representantes de sus respectivas sociedades científicas.

Tabla 1. Miembros del Comité Asesor de Expertos

Grupo	Nombre	Cargo
Clínico	Carina Escobar*	Presidenta, Plataforma de Organización de Pacientes (POP)
	María Inmaculada Cervera Pérez*	Presidenta, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) de Comunidad Valenciana. Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Auxiliar de Tendetes. Departamento de Salud de La Fe. Valencia.
	Andoni Lorenzo Garmendia*	Presidente, Foro Español de Pacientes
	Violeta Moizé	Nutricionista Clínica de la Unidad Funcional de Obesidad, Hospital Clínic de Barcelona
	Norberto Cassinello	Cirujano Unidad de Cirugía Endocrina y bariátrica y metabólica, Hospital Clínico Universitario de Valencia
	Amador García Ruiz de Gordejuela*	Presidente, Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO). Cirujano bariátrico, Hospital Universitario de Donostia.
	Albert Lecube Torelló	Vicepresidente, Sociedad Española de Obesidad (SEEDO). Responsable del Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
	Javier Osorio	Cirujano de la Unidad de cirugía bariátrica y metabólica y metabólica, Hospital Universitari de Bellvitge
	Francisco Javier Salvador Rodríguez*	Departamento de Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra
Gestión	Paloma Casado Duráñez*	Directora Gerente del Hospital Universitario del Sureste Ex subdirectora General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad
	Ana Martí Delgado*	Coordinadora de atención y participación ciudadana del Hospital Universitario Vall d'Hebron
	José Luis Poveda Andrés*	Gerente del Hospital la Fe de Valencia
	Félix Rubial Bernárdez*	Gerente del área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

**Miembros del grupo de consolidación*



A los expertos se les proporcionó un material de lectura previa basado en una revisión de la literatura, que incluía evidencia sobre comorbilidades asociadas a la obesidad, datos sobre prevalencia y coste económico de la enfermedad en España, así como información sobre los distintos tratamientos para la obesidad, desde cambios en el estilo de vida hasta cirugía bariátrica y tratamientos farmacológicos. Asimismo, se incluyó información sobre las listas de espera para cirugía bariátrica en España.

Los expertos se dividieron en tres grupos de trabajo (GT). El primer GT se centró en los aspectos clínicos del acceso a la atención de la obesidad grave; el segundo se orientó a cuestiones de gestión. Estas dos sesiones, celebradas en noviembre de 2023 y mayo de 2024, respectivamente, fueron concebidas como foros multidisciplinares de discusión, organizados en pequeños grupos para abordar aspectos clave de la obesidad grave en España. El objetivo era compartir conocimientos y proponer recomendaciones de mejora del acceso. Como resultado de estas reuniones, se generó un listado de 38 medidas de mejora del acceso, agrupadas en 10 áreas específicas.

Posteriormente, un tercer GT, formado por expertos de los dos grupos anteriores, tuvo como objetivo consolidar las recomendaciones desarrolladas, evaluando la relevancia y viabilidad de cada medida mediante un cuestionario. Para valorar la relevancia, los expertos respondieron a una pregunta dicotómica: "Sí, es relevante" o "No, no es relevante". Para la viabilidad, las opciones eran: "Alta", "Media" o "Baja". Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas, cuyos resultados se presentaron en la reunión del grupo de consolidación para su validación y discusión. Para el análisis de la viabilidad, las respuestas se agruparon en las siguientes categorías: alta, media-alta, media, media-baja y baja.

Los expertos también identificaron los agentes que deberían participar y liderar la implementación de cada una de las medidas propuestas. Además, se desarrolló un algoritmo de manejo de las personas con obesidad grave basado en las recomendaciones.

Revisión de la literatura

Aspectos relevantes de la obesidad grave. Revisión de la literatura

Definición y comorbilidades

La obesidad se define generalmente mediante el cálculo del

índice de masa corporal (IMC), que se obtiene dividiendo el peso de una persona (en kg) entre el cuadrado de su altura (en m) (kg/m^2). En adultos, el sobrepeso se define como un IMC de 25,0 a 29,9, mientras que se considera obesidad un IMC igual o superior a 30 (obesidad grave si el IMC es superior a 40)¹⁰. La obesidad se asocia al desarrollo de trastornos metabólicos y psicológicos, así como a complicaciones mecánicas, que reducen tanto la esperanza como la calidad de vida^{11,12}. En este sentido, el grupo Global BMI Mortality Collaboration demostró la asociación de la obesidad con una mayor mortalidad por cualquier causa en cuatro continentes. Tomando como referencia un IMC de 20,0–25,0 kg/m^2 , la razón de riesgo (HR) de mortalidad para la obesidad de clase I (IMC 30,0–35,0 kg/m^2) fue de 1,45 (IC95%: 1,41–1,48); para la clase II (IMC 35,0–40,0 kg/m^2), fue de 1,94 (IC95%: 1,87–2,01); y para la clase III (IMC 40,0–60,0 kg/m^2), fue de 2,76 (IC95%: 2,60–2,92)¹¹.

La obesidad es un factor de riesgo principal para las enfermedades crónicas más prevalentes, como la hipertensión, la dislipemia, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, siendo estas últimas la principal causa de muerte en España^{13,14}. Entre los pacientes con obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las comorbilidades más frecuentes. Según el estudio OBEDIA, la prevalencia de DM2 es del 23,6% entre personas con sobrepeso y obesidad¹⁵. Además, 8 de cada 10 personas con diabetes tienen sobrepeso u obesidad¹⁶. Asimismo, una revisión y varios metaanálisis han demostrado la relación entre la obesidad y un mayor riesgo de desarrollar diversas enfermedades cardiovasculares, como hipertensión, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, ictus, estenosis de la válvula aórtica, embolia pulmonar, tromboembolismo venoso y cardiopatía isquémica, tal como ya se ha mencionado¹⁷. Abordando la obesidad como otras enfermedades no transmisibles, es posible prevenir el 80% de los casos de diabetes tipo 2, el 55% de la hipertensión, el 35% de la cardiopatía isquémica y el 20% de los cánceres en adultos¹⁸.

Asimismo, la obesidad se asocia a distintos tipos de cáncer y se estima que aumenta el riesgo de cáncer de vesícula biliar en mujeres hasta en un 54%, y el de adenocarcinoma esofágico en hombres hasta en un 44%¹⁹.

La obesidad también se asocia frecuentemente con trastornos de salud mental, como depresión, ansiedad, baja autoestima y aislamiento social. Aumenta el riesgo de padecer depresión en un 55%, y, a su vez, la depresión incrementa en un 58% el riesgo de desarrollar obesidad²⁰.

Impacto económico

La obesidad y sus comorbilidades asociadas representan la tercera mayor carga económica global, solo superada por el tabaquismo y por la violencia armada, guerras y terrorismo. El coste total de la obesidad asciende a 2 billones de dólares, lo que equivale al 2,8% del producto interior bruto (PIB) mundial²¹.

Según datos de la World Obesity Federation, el coste económico de la obesidad en España en 2019 alcanzó los 26.000 millones de euros, lo que representó el 2,1% del PIB de ese año y un coste per cápita de 623 euros. La mayor parte de este coste corresponde a costes indirectos, principalmente relacionados con la mortalidad prematura (9.540 millones de euros) y con el absentismo y presentismo laboral (4.680 y 3.310 millones de euros, respectivamente). Por su parte, los costes directos de la obesidad ascendieron a 8.490 millones de euros. Se estima que el coste económico de la obesidad en España alcanzará los 34.600 millones de euros en 2030 y hasta los 71.800 millones en 2060²².

Abordaje terapéutico

En España, la responsabilidad principal del manejo terapéutico de la obesidad recae en la atención primaria²³. Esto convierte la coordinación entre la atención primaria y los especialistas en obesidad y otras disciplinas médicas o quirúrgicas —tanto a nivel ambulatorio como hospitalario— en un factor clave para su tratamiento. La obesidad puede abordarse mediante diferentes estrategias, que incluyen la modificación del estilo de vida, cirugía, tratamientos farmacológicos o combinaciones de estos, todo ello en el marco de decisiones compartidas entre pacientes informados y profesionales sanitarios²³.

La modificación del estilo de vida sigue siendo la piedra angular del tratamiento de la obesidad²⁴. No obstante, las intervenciones terapéuticas basadas en cambios dietéticos y de hábitos han demostrado resultados modestos a largo plazo, lo que ha incrementado el interés en otras alternativas para apoyar y promover la pérdida de peso²⁵.

Generalmente, los tratamientos farmacológicos aumentan la saciedad, inhiben el hambre o estimulan el catabolismo; en algunos casos, presentan efectos pleiotrópicos que ayudan a controlar comorbilidades asociadas a la obesidad²⁶. Actualmente, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha aprobado seis fármacos para el manejo de la obesidad (naltrexona/bupropión, liraglutida, semaglutida, orlistat, setmelanotida y tirzepatida)²⁷. En España, tres de estos

medicamentos —liraglutida, semaglutida y setmelanotida— cuentan con financiación pública bajo condiciones específicas. Tanto semaglutida como liraglutida se prescriben a pacientes con DM2 cuyo control glucémico no es suficiente con dieta y ejercicio, ya sea en monoterapia (cuando la metformina no es adecuada por intolerancia o contraindicaciones) o en combinación con otros antidiabéticos. Semaglutida está aprobada para su uso en adultos, mientras que liraglutida también puede administrarse a menores a partir de 10 años. Setmelanotida está indicada para el control de la obesidad y el hambre en pacientes con síndrome de Bardet-Biedl confirmado genéticamente o con mutaciones de pérdida de función bialélicas en POMC, PCSK1 o receptores de leptina²⁸. Actualmente, no existe cobertura pública de fármacos para el manejo de la obesidad en personas sin DM2.

La cirugía bariátrica comprende una serie de intervenciones quirúrgicas destinadas a restringir la ingesta alimentaria, reducir la absorción de nutrientes o ambas cosas²⁹. Recientemente, la Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica (ASMBS) y la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y los Trastornos Metabólicos (IFSO) han modificado los criterios para recomendar la cirugía a pacientes con IMC >35 y con IMC >30 si presentan comorbilidades³⁰. Las técnicas quirúrgicas más comunes son el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB), la gastrectomía vertical (sleeve gastrectomy, SG), la derivación biliopancreática (BPD) y el bypass duodeno-ileal con gastrectomía tubular (SADI-S), todas con distintos beneficios sobre el perfil metabólico del paciente obeso²⁴. Por ejemplo, en el estudio de Maciejewski et al., se observó que los pacientes que se sometieron a RYGB perdieron aproximadamente un 31,0% (IC95%: 30,4%–31,6%) y un 28,6% (IC95%: 19,5%–37,6%) de su peso inicial a 1 y 10 años, respectivamente, con una pérdida media de 41,3 kg. En cambio, quienes se sometieron a SG perdieron un 23,4% (IC95%: 21,8%–24,7%) de su peso inicial al año³¹.

En definitiva, existen múltiples opciones para abordar la obesidad, lo que requiere una coordinación entre distintas intervenciones terapéuticas. En este sentido, es fundamental comprender los posibles riesgos y efectos adversos de cada opción, así como los factores y preferencias individuales de cada paciente, en el marco de una terapia integral personalizada para la obesidad.

Resultados

Análisis de las medidas de mejora

De las 38 propuestas de mejora surgidas en los debates de los grupos de trabajo clínico y de gestión, el grupo de consolidación seleccionó 29 medidas en función de su mayor relevancia y viabilidad de implementación. Estas medidas se agruparon en las siguientes 10 áreas, y la definición completa de cada una de las 29 medidas puede consultarse en el material suplementario:

- *Educación sanitaria y reducción del estigma* (5 propuestas), orientadas a mejorar la educación en salud para aumentar la concienciación social y profesional sobre la obesidad, así como a eliminar el estigma y la culpabilización asociados, mediante la formación sobre causas, consecuencias y tratamiento, y su reconocimiento como una enfermedad crónica y multifactorial, y no solo como un mero factor de riesgo de otras enfermedades.
- *Planes contra la obesidad* (2 propuestas), que incluyen medidas para abordar la obesidad desde una perspectiva más amplia, planificada e integrada.
- *Estrategia común de continuidad asistencial* (5 propuestas), con el objetivo de mejorar la gestión integral de las personas con obesidad grave y reforzar la coordinación entre los distintos niveles, tanto sanitarios como no sanitarios, implicados en el abordaje de la enfermedad.
- *Planes de atención personalizada* (3 propuestas), orientados a mejorar el manejo integral de la atención de las personas con obesidad severa y a fortalecer la coordinación entre los distintos sectores sanitarios y no sanitarios implicados en su abordaje, de acuerdo con un enfoque centrado en el paciente.
- *Optimización del acceso a tratamientos específicos para la obesidad, basada en decisiones compartidas* (2 propuestas), enfocadas a mejorar la gestión de la enfermedad y reducir las listas de espera para la cirugía bariátrica, mediante una mejor información y gestión de los casos candidatos.
- *Mejora de la recogida sistemática de datos* (4 propuestas), con medidas para obtener datos primarios de calidad sobre la obesidad, los procesos y los resultados, así como para mejorar el flujo de información entre atención primaria y otros especialistas del ámbito ambulatorio y hospitalario.
- *Comprensión y toma de decisiones compartida* (4 propuestas), que incluye acciones para que los

pacientes comprendan mejor su condición, la gestionen emocionalmente, puedan incorporar sus preferencias, valores y necesidades en la toma de decisiones y asuman corresponsabilidad junto con los profesionales en la elección clínica, con el fin de optimizar el manejo de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.

- *Asociaciones vinculadas a la obesidad* (1 propuesta), que busca empoderar a las personas con obesidad grave y fortalecer su representación a través de las asociaciones de pacientes.
- *Implicación de las sociedades científicas* (2 propuestas), orientadas a sensibilizar a los profesionales sanitarios de distintas especialidades sobre la importancia de la obesidad y mejorar su conocimiento y experiencia sobre esta enfermedad.
- *Puesta en práctica* (1 propuesta), enfocada a testar la aplicabilidad de las medidas propuestas en entornos reales y evaluar el impacto de las distintas intervenciones.

Todos los expertos consideraron relevantes 26 de las 29 medidas. Las medidas "Alineamiento con los medios de comunicación", "Programa piloto" y "Promoción de la voz del paciente con obesidad (asociacionismo, etc.)" fueron consideradas relevantes por el 89% de los expertos (Tabla 2).

Respecto a la viabilidad de implementación, la medida con mayor puntuación fue "Grupos de trabajo sobre obesidad", considerada de alta viabilidad por el 100% de los expertos. Le siguieron "Educación a la sociedad", "Mejora de la información al paciente", "Materiales educativos sobre obesidad", "Colaboración entre sociedades científicas" y "Programa piloto", todas ellas con un 78% de expertos considerándolas de alta viabilidad. En el extremo opuesto, la medida "Coordinación con recursos no sanitarios" obtuvo un 0% de respuestas de alta viabilidad, seguida de "Plan Nacional", "Unidad de obesidad", "Equipos y recursos", "Interoperabilidad de sistemas de información" y "Promoción de la voz del paciente con obesidad", todas con solo un 22% de viabilidad alta por parte de los expertos.

Implementación de las acciones

Durante la reunión de consolidación, los expertos desarrollaron un algoritmo de gestión de la obesidad que incorporó las 29 medidas de mejora validadas durante el encuentro. Para facilitar su comprensión, estas medidas se agruparon según su ámbito de actuación: microgestión, mesogestión o macrogestión.

Tabla 2. Resultados de la evaluación de las medidas de mejora por los expertos (% de respuestas)

Nombre de las medidas	Relevancia		Viabilidad	
	Relevante	No relevante	Alta	Media-Alta
Grupos de trabajo sobre obesidad	100%	0%	100%	100%
Educación a la sociedad	100%	0%	78%	100%
Mejora de la información al paciente	100%	0%	78%	100%
Materiales educativos sobre obesidad	100%	0%	78%	89%
Colaboración entre sociedades científicas	100%	0%	78%	100%
Programa piloto	89%	11%	78%	100%
Formación en atención primaria	100%	0%	67%	100%
Guías y documentos sobre obesidad	100%	0%	67%	100%
Acuerdo terapéutico profesional-paciente	100%	0%	67%	78%
Recogida sistemática de datos en AP	100%	0%	67%	100%
Garantizar la comprensión	100%	0%	67%	78%
Información sobre costes y beneficios de tratamientos	100%	0%	56%	67%
Seguimiento y evaluación del plan personalizado	100%	0%	44%	100%
Sistemas de priorización	100%	0%	44%	89%
Toma de decisiones compartida	100%	0%	44%	100%
Formación universitaria en obesidad	100%	0%	33%	56%
Transposición regional del Plan Nacional	100%	0%	33%	56%
Itinerarios asistenciales	100%	0%	33%	100%
Implicación de atención primaria	100%	0%	33%	100%
Plan personalizado	100%	0%	33%	89%
Sistemas de evaluación en atención hospitalaria	100%	0%	33%	67%
Alineación con medios de comunicación	89%	11%	33%	67%
Plan Nacional	100%	0%	22%	78%
Unidad de obesidad	100%	0%	22%	67%
Equipos y recursos	100%	0%	22%	56%
Interoperabilidad de sistemas de información	100%	0%	22%	78%
Promoción de la voz del paciente con obesidad	89%	11%	22%	56%
Resultados relevantes para los pacientes	100%	0%	11%	89%
Coordinación con recursos no sanitarios	100%	0%	0%	89%

En cuanto a la microgestión de las personas con obesidad grave, el paciente accede al itinerario asistencial a través de la atención primaria, que constituye el primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud. A continuación, el paciente debe ser derivado a la Unidad de Obesidad y al servicio de Endocrinología, donde se evalúa su situación y se diseña un plan personalizado de tratamiento de la obesidad, en coordinación con otras especialidades médicas como Psicología/Psiquiatría y Nutrición. Si el paciente

cumple los criterios para someterse a cirugía bariátrica, es remitido al servicio de Cirugía para la intervención, con posterior seguimiento por parte de la Unidad de Obesidad (Figura 1). Las medidas de mejora relacionadas con la atención personalizada, la comprensión y toma de decisiones compartida, así como la optimización del acceso a la cirugía bariátrica, están dirigidas a reforzar este nivel de microgestión.

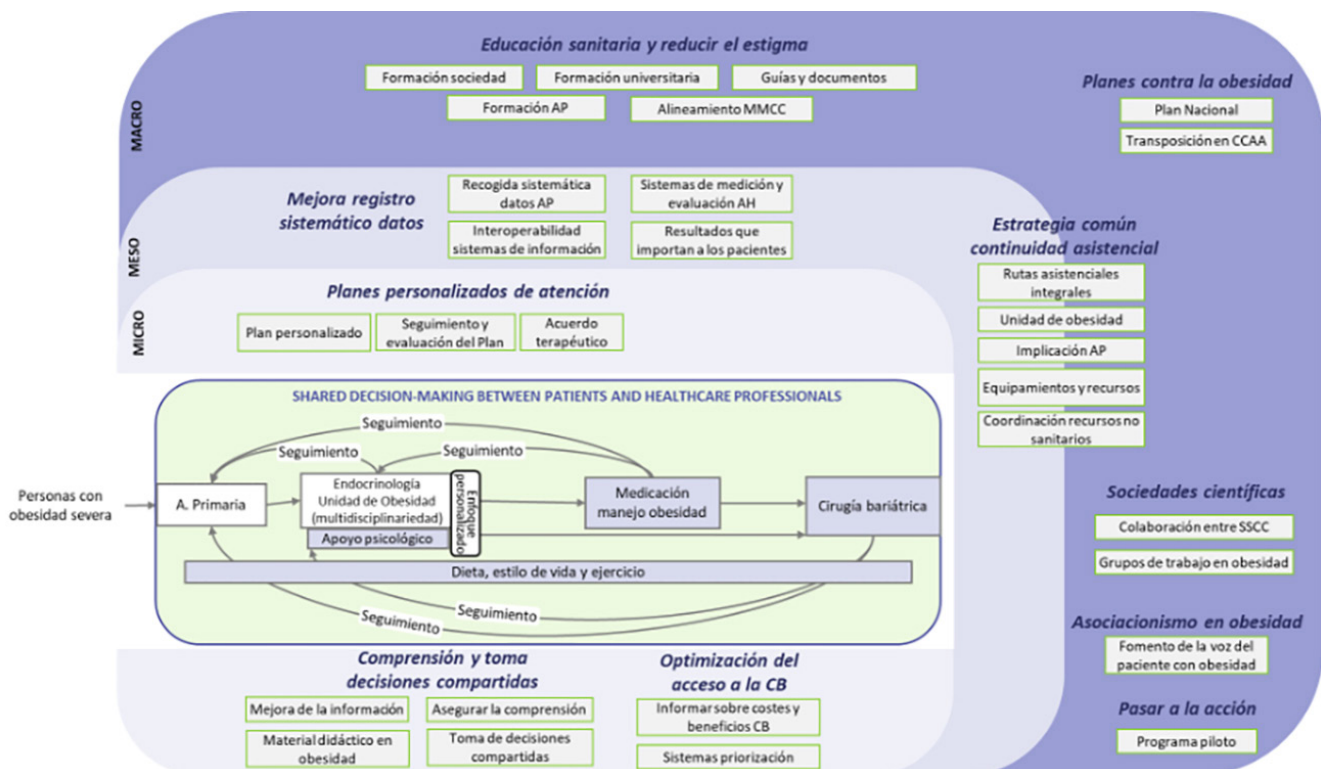


Figura 1. Algoritmo para mejorar la gestión integral de la obesidad grave

Nota: HC: atención hospitalaria; AP: atención primaria; MMCC: medios de comunicación; CB: cirugía bariátrica; SSCC: sociedades científicas

El nivel macro hace referencia a los sistemas y políticas nacionales y regionales, el nivel meso se refiere a la organización asistencial y a los hospitales o servicios hospitalarios, y el nivel micro abarca a los individuos, incluidos pacientes, cuidadores y profesionales sanitario.

Figura 1. Algoritmo para mejorar la gestión integral de la obesidad grave

Por otro lado, las medidas relacionadas con la recogida sistemática de datos y la estrategia común de continuidad asistencial se clasifican dentro del ámbito de la mesogestión. No obstante, debido a sus características, las medidas vinculadas a la recogida de datos también pueden ser clasificadas como de macrogestión. En esta última categoría también se incluyen las medidas vinculadas a la educación en salud, la reducción del estigma, los planes contra la obesidad, la implicación de las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y la evaluación de las intervenciones ("poner en práctica").

Asimismo, los expertos elaboraron una tabla en la que se indica qué agentes deben liderar y participar en la implementación de cada una de las recomendaciones propuestas. Las medidas

que requieren la participación de un mayor número de agentes son: "Transposición regional del Plan Nacional", que debe estar liderada por las Comunidades Autónomas, con participación de atención primaria, atención hospitalaria, gestores sanitarios, asociaciones de personas con obesidad y sociedades científicas; "Sistemas de medición y evaluación en atención hospitalaria", que deben estar co-liderados por los servicios hospitalarios y la gestión de organizaciones sanitarias, con participación del Ministerio de Sanidad, las Comunidades Autónomas, los pacientes y las sociedades científicas; y "Resultados que importan a los pacientes", que debe involucrar al Ministerio de Sanidad, a las Comunidades Autónomas y a la gestión de organizaciones sanitarias, y ser liderada por los pacientes, atención primaria y hospitalaria (Tabla 3). En el otro extremo, las medidas que requieren menos participación de agentes son aquellas relacionadas con las sociedades científicas, como "Guías y documentos sobre obesidad", "Colaboración entre sociedades científicas" y "Grupos de trabajo sobre obesidad". Estas pueden ser implementadas con liderazgo casi exclusivo por parte de dichas sociedades.

Tabla 3. Agentes a involucrar en las medidas de mejora propuestas

Áreas	Medidas	Ministerio de Sanidad	CCAA	Atención Primaria	Atención Hospitalaria	Gestión Sanitaria	Pacientes	Sociedades científicas	Otros agentes
Educación sanitaria y reducción del estigma	Educación para la sociedad	Líder	Líder						Ministerio de Hacienda, Ministerio de Educación y Ministerio de Consumo
	Formación de profesionales en Atención Primaria		Líder	P				P	
	Formación en obesidad desde la universidad		P					P	Ministerio de Educación y Ministerio de Universidades
	Alineación con los medios de comunicación							P	Medios de comunicación y la autoridad reguladora en esta área
	Guías y documentos sobre obesidad							Líder	
Planes contra la obesidad	Plan Nacional			P	P	P			Liderado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
	Transposición regional del Plan Nacional		Líder	P	P	P	P	P	
Estrategia común para la continuidad asistencial	Itinerarios asistenciales			P	P			P	
	Unidad de Obesidad			P	P	Líder	P		
	Implicación de la atención primaria		Líder	Líder				P	
	Equipamiento y recursos			P	P	P			
	Coordinación con recursos no sanitarios					P	P		Autoridades locales
Planes de atención personalizados	Plan personalizado			Líder	Líder		Líder		
	Seguimiento y evaluación del Plan Personalizado			Líder	P		P		Enfermería, nutricionistas
	Acuerdo terapéutico profesional-paciente			P	P		P		
Optimización del acceso a tratamientos específicos para la obesidad	Información sobre los costes y beneficios de cada opción de tratamiento				Líder	P		Líder	Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
	Sistemas de priorización			P	Líder		P	P	
Mejora en la recogida sistemática de datos	Recogida sistemática de datos sobre obesidad en atención primaria	P	P	Líder	P	P			
	Sistemas de medición y evaluación en atención hospitalaria	P	P		Líder	Líder	P	P	
	Resultados que importan a los pacientes	P	P	Líder	Líder	P	Líder		
	Interoperabilidad de los sistemas de información	Líder	P	P	P	P			
Comprensión y toma de decisiones compartida	Mejora de la información para los pacientes		Líder	P	P		P	P	
	Materiales educativos sobre obesidad				P		P	P	
	Garantizar la comprensión				P		P	P	
	Toma de decisiones compartida			P	P		P	P	
Asociaciones relacionadas con la obesidad	Promoción de la voz del paciente con obesidad (asociacionismo, etc.)				P		Líder	P	
Sociedades científicas	Colaboración entre sociedades científicas							Líder	
	Grupos de trabajo sobre obesidad							Líder	
Pasar a la acción	Programa piloto		Líder	P		P			

Nota: P: Deben estar involucrados en la implementación de esta medida; CCAA: Comunidades Autónomas

Discusión

Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, este es el primer estudio centrado en recomendaciones sobre el manejo de la obesidad grave en España, concebido como un foro de discusión multidisciplinario, orientado a mejorar el abordaje de la enfermedad desde una perspectiva amplia, más allá del ámbito estrictamente clínico. La naturaleza multidisciplinar de los grupos de trabajo ha permitido abordar la cuestión desde múltiples dimensiones, integrando los niveles micro, meso y macro con la participación de perfiles diversos. Los 13 expertos participantes aportaron su experiencia, visión y conocimientos al análisis del problema, la discusión de los obstáculos y los catalizadores del cambio, y la formulación de propuestas concretas para optimizar el proceso asistencial de las personas con obesidad grave en España. Muchas de las medidas propuestas, sin embargo, también son aplicables al abordaje de la obesidad en general. El resultado final es un algoritmo visual que recoge las medidas propuestas a lo largo del itinerario del paciente. Será necesario tener en cuenta las posibles diferencias regionales a la hora de aplicar estas medidas en la práctica.

El análisis de las medidas propuestas refleja un enfoque integral del manejo de la obesidad, poniendo de relieve la importancia de la colaboración entre distintos sectores sanitarios y no sanitarios. Entre las áreas clave destacan la educación en salud, la reducción del estigma y la atención personalizada, mientras que las medidas relacionadas con la continuidad asistencial y la recogida sistemática de datos subrayan la necesidad de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. Cabe destacar que los expertos identificaron ciertas áreas con alta viabilidad de implementación, como los “grupos de trabajo sobre obesidad” y los “materiales educativos sobre obesidad”. Por el contrario, medidas que implican recursos no sanitarios, como la “coordinación con recursos no sanitarios”, fueron consideradas menos viables. El liderazgo de las Comunidades Autónomas será fundamental para garantizar la implementación efectiva de las medidas propuestas.

Asimismo, es importante asegurar que el paciente comprenda adecuadamente la información proporcionada por los profesionales sanitarios para poder tomar la mejor decisión compartida respecto al manejo de su enfermedad, considerando todas las opciones disponibles —dieta, cambios de estilo de vida y ejercicio, tratamiento farmacológico o cirugía bariátrica—. En este sentido, las personas con obesidad deben estar implicadas de forma

más clara en todas las fases del proceso, asegurando que el tratamiento recibido se alinee con sus preferencias, valores y necesidades, y asumiendo la corresponsabilidad en la toma de decisiones clínicas junto con los profesionales sanitarios como parte de una estrategia para mejorar los resultados en salud y la experiencia del paciente. En España ya existen algunas experiencias exitosas que aplican un enfoque integrador y colaborativo para el manejo crónico de la obesidad en la atención primaria y terciaria³².

En este sentido, los resultados de este estudio son coherentes con otros trabajos disponibles sobre el manejo de la obesidad, los cuales indican que su abordaje requiere un enfoque integral, holístico y multidisciplinar, que actúe a distintos niveles y vaya más allá del ámbito clínico^{33,34}. El manejo de las personas con obesidad grave en España debe ser necesariamente multidisciplinar, con un proceso que sitúe al paciente en el centro del sistema, facilite la interacción entre especialidades y fomente una mayor implicación de la atención primaria, la nutrición y la psicología. Para ello, es preciso optimizar los procesos mediante esfuerzos conjuntos de formación, tanto dentro del sistema sanitario como en el conjunto de la sociedad, buscando la implicación de todos los agentes. Este planteamiento está alineado con la Guía Española GIRO, publicada recientemente por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)³⁵.

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, los resultados se basan en la opinión de un grupo de participantes que puede estar influida por su experiencia personal y sesgos inherentes. No obstante, los participantes estaban bien informados sobre la situación actual de la obesidad en España y contaban con una sólida trayectoria profesional. En segundo lugar, se utilizó una muestra de conveniencia de expertos, y el tamaño reducido de la muestra ($n = 13$) podría no representar adecuadamente la totalidad del problema. En tercer lugar, algunas de las medidas propuestas son de carácter general y carecen de detalles suficientes para su implementación práctica. De ahí la importancia de llevar a cabo un programa piloto que permita trasladar las recomendaciones a la práctica clínica real, y evaluar su impacto.

Conclusiones

Este estudio puede servir como punto de partida para los agentes implicados en el manejo del itinerario asistencial y el acceso de las personas con obesidad, impulsando un

cambio hacia un enfoque más holístico del tratamiento. Es fundamental implementar medidas que mejoren la salud y la calidad de vida de las personas con obesidad en España. Para que el sistema sanitario pueda afrontar eficazmente los desafíos técnicos, políticos, económicos y sociales emergentes, será necesario un esfuerzo coordinado entre los distintos agentes, con liderazgo por parte de las Comunidades Autónomas. Futuros estudios deberían profundizar en esta cuestión para identificar los métodos más eficaces de implementación de estas recomendaciones a lo largo del tiempo.

Agradecimientos

Este artículo ha contado con las aportaciones metodológicas y de contenido de la Dra. Natalia Robledinos Antón, la Dra. Claudia Fernández Piciochi y el Dr. Pablo Torres Costales.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por Johnson & Johnson S.A. España.

Bibliografía

1. Obesidad. Accedido 20 Octubre 2023. <https://www.who.int/es/health-topics/obesity>
2. Ministerio de Sanidad. Sanidad en datos. Porcentaje de personas con obesidad, por sexo según comunidad autónoma. 2024. Accedido 27 Septiembre 2024. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla10.htm>
3. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ministerio de Consumo), Centro, Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). Estudio ENE-COVID: Situación Ponderal de La Población Adulta En España.; 2023. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ENE_COVID_ADULTOS_FINAL.pdf
4. Ministerio de Sanidad. Estrategia En Salud Cardiovascular Del Sistema Nacional de Salud (ESCAV).; 2022. <https://www.caib.es/sites/planificaciosanitaria/f/393689>
5. Lengerke T von, Krauth C. Economic costs of adult obesity: A review of recent European studies with a focus on subgroup-specific costs. *Maturitas*. 2011;69(3):220-229. doi:10.1016/j.maturitas.2011.04.005
6. Pendergast K, Wolf A, Sherrill B, et al. Impact of Waist Circumference Difference on Health-Care Cost among Overweight and Obese Subjects: The PROCEED Cohort. *Value in Health*. 2010;13(4):402-410. doi:10.1111/j.1524-4733.2009.00690.x
7. Arteaga-González IJ, Martín-Malagón AI, Ruiz De Adana JC, De La Cruz Vigo F, Torres-García AJ, Carrillo-Pallares AC. Bariatric Surgery Waiting Lists in Spain. *OBES SURG*. 2018;28(12):3992-3996. doi:10.1007/s11695-018-3453-z
8. Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil (2022 - 2030). Publicado online 2022. https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/Plan_obesidad_Completo_DIGITAL_paginas_1.pdf
9. Salvador J, Vilarrasa N, Poyato F, Rubio MÁ. Perceptions, Attitudes, and Barriers to Obesity Management in Spain: Results from the Spanish Cohort of the International ACTION-IO Observation Study. *J Clin Med*. 2020;9(9):2834. doi:10.3390/jcm9092834
10. Lin X, Li H. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:706978. doi:10.3389/fendo.2021.706978
11. Global BMI MortalityCollaboration, Di Angelantonio E, Bhupathiraju S, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;388(10046):776-786. doi:10.1016/S0140-6736(16)30175-1
12. Sarwer DB, Polonsky HM. The Psychosocial Burden of Obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2016;45(3):677-688. doi:10.1016/j.ecl.2016.04.016
13. Busutil R, Espallardo O, Torres A, Martínez-Galdeano L, Zozaya N, Hidalgo-Vega Á. The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):197. doi:10.1186/s12955-017-0773-y
14. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006;6:3G-12G. doi:10.1016/S1131-3587(06)75324-9
15. Gomis R, Artola S, Conthe P, Vidal J, Casamor R, Font B. Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes ambulatorios con sobrepeso u obesidad en España. *Estudio OBEDIA. Med Clin (Barc)*. 2014;142(11):485-492. doi:10.1016/j.medcli.2013.03.013
16. Díaz Vera AS, Abellán Alemán J, Segura Fragoso A, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la dislipidemia en pacientes diabéticos tipo 2 de la Comunidad de Cantabria. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2020;67(2):102-112. doi:10.1016/j.endinu.2019.04.010

17. Kim MS, Kim WJ, Khera AV, et al. Association between adiposity and cardiovascular outcomes: an umbrella review and meta-analysis of observational and Mendelian randomization studies. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3388-3403. doi:10.1093/eurheartj/ehab454
18. European Association for the Study of Obesity (EASO). Obesity: the Hard Facts. Publicado online 2024. <https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2022/01/18150002/obesity-hardfacts.pdf>
19. Instituto Nacional del Cáncer. Hoja informativa sobre obesidad y cáncer. March 24, 2023. Accedido 16 Octubre 2023. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/obesidad/hoja-informativa-obesidad>
20. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(3):220-229. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
21. Dobbs R, Sawers C, Thompson F, et al. Overcoming Obesity: An Initial Economic Analysis. McKinsey Global Institute; 2014. 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
22. World Obesity Federation. Economic impact of overweight and obesity. Spain. Publicado online 2019. <https://data.worldobesity.org/economic-impact-new/countries/ES.pdf>
23. Caixàs A, Villaró M, Arraiza C, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias 2019. *Medicina Clínica*. 2020;155(6):267.e1-267.e11. doi:10.1016/j.medcli.2019.10.014
24. Lin X, Li H. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. *Frontiers in Endocrinology*. 2021;12. Accedido 18 Octubre 2023. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2021.706978>
25. Gjermeni E, Kirstein AS, Kolbig F, et al. Obesity—An Update on the Basic Pathophysiology and Review of Recent Therapeutic Advances. *Biomolecules*. 2021;11(10):1426. doi:10.3390/biom11101426
26. Chakhtoura M, Haber R, Ghezzawi M, Rhayem C, Tcheroyan R, Mantzoros CS. Pharmacotherapy of obesity: an update on the available medications and drugs under investigation. *eClinicalMedicine*. 2023;58. doi:10.1016/j.eclinm.2023.101882
27. EMA. European public assessment reports (EPARs). Download medicine data. European Medicines Agency. 2023. Accedido 30 Marzo 2023. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/download-medicine-data>
28. Ministerio de Sanidad. BIFIMED: Buscador de la Información sobre la situación de financiación de los medicamentos - Nomenclátor de ABRIL - 2024. Accedido 17 Abril 2024. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do>
29. SEEN. Técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad. Presentado en: 2019. https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/19/050619_121621_9468586729.pdf
30. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2022;18(12):1345-1356. doi:10.1016/j.soard.2022.08.013
31. Maciejewski ML, Arterburn DE, Van Scoyoc L, et al. Bariatric Surgery and Long-term Durability of Weight Loss. *JAMA Surg*. 2016;151(11):1046-1055. doi:10.1001/jamasurg.2016.2317
32. Morer C, Úbeda M, Ovejas A, et al. Integrative and Collaborative Approach in the Chronic Management of Obesity in Primary and Tertiary Care Setting: Vall Hebron-SAP Muntanya Healthcare Route. *Obes Facts*. 2023;16(3):249-254. doi:10.1159/000528207
33. Bagnall AM, Radley D, Jones R, et al. Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):8. doi:10.1186/s12889-018-6274-z
34. Europe TLRH. A holistic approach is needed to overcome the obesity epidemic. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2022;17. doi:10.1016/j.lanepe.2022.100431
35. Lecube A, Azriel S, Barreiro E, et al. "Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024." Publicado online 2024. https://semfyc.es/storage/scientific_evidence/resources/Guia%20GIRO_240305_082333.pdf

©2025 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

