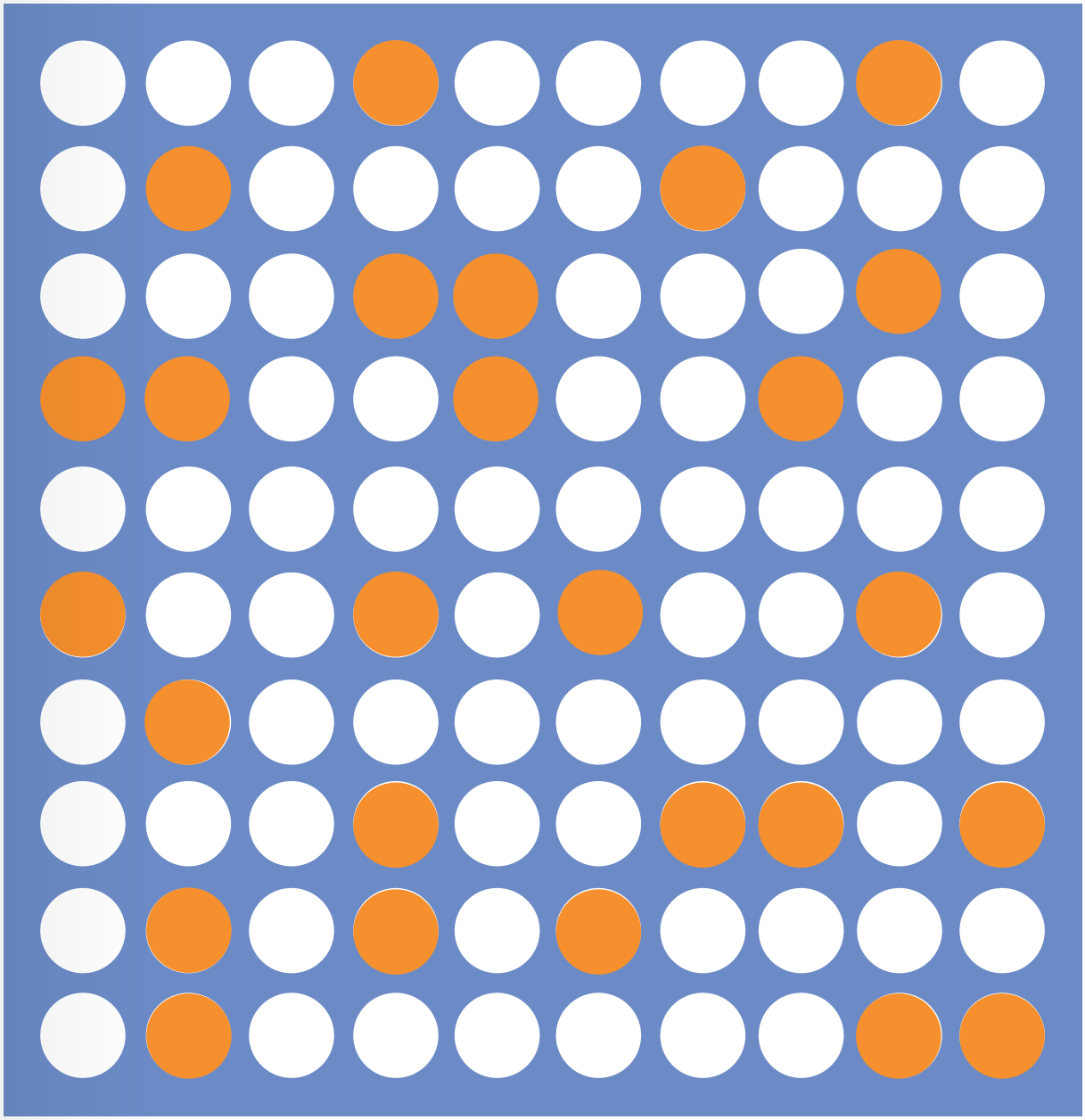
Hacia una Estrategia Nacional para el Abordaje de la Obesidad:

De la evidencia científica a los consensos políticos y sociales.



AVALADO POR

SEEDO
Sociedad Española de Obesidad

SEEN
Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

ANPO
obesidad

Hacia una Estrategia Nacional para el Abordaje de la Obesidad: de la evidencia científica a los consensos políticos y sociales.

GRUPO DE TRABAJO

Diego Bellido Guerrero, Jefe del Servicio Endocrinología y Nutrición en el Complejo Hospitalario de Ferrol (CHUF) y Presidente de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO).

Ignacio Bernabéu Morón, Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) y Presidente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

Dra. María D. Ballesteros Pomar, Jefa de Endocrinología y Nutrición del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) y Vicepresidenta 1ª de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

Dra. Irene Bretón Lesmes, Médico adjunto en la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Servicio de Endocrinología y Nutrición en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) y responsable del área de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

Dra. Andreea Ciudín, Endocrinóloga en el Hospital Universitario del Vall d'Hebron (Barcelona) y Tesorera de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO)

Dr. Francisco José Tinahones, Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga) y miembro de OPEN España

Federico Luis Moya, presidente de la Asociación Nacional de Personas que viven con Obesidad (ANPO).

SOPORTE TÉCNICO Y COORDINACIÓN

Political Intelligence

CON EL IMPULSO DE

SEEDO Sociedad Española de Obesidad · SEEN Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición · ANPO obesidad

CON LA COLABORACIÓN DE

novo

Junio 2026

Novo Nordisk ha contribuido financieramente al desarrollo del presente documento, sin que ello haya afectado ni a su contenido ni a su independencia. Del mismo modo, los términos empleados en este documento y la presentación de los datos que en él aparecen no implican toma alguna de posicionamiento por parte de Novo Nordisk en cuanto a los distintos elementos vinculados a prevención, diagnóstico y abordaje de la obesidad. Las ideas y propuestas expresadas en el presente documento no reflejan necesariamente el punto de vista de Novo Nordisk ni comprometen a la Entidad.

ÍNDICE

	Introducción	4
	Nota metodológica	6
01	El problema en España	7
02	Por qué es necesaria una respuesta sanitaria específica	12
03	Qué significa 'respuesta sanitaria'	15
04	Distribución competencial en España	19
05	Contenido sustantivo de una Estrategia Nacional	22
06	Estructura y hoja de ruta de la Estrategia Nacional de Prevención y Abordaje	27
07	Conclusiones	31
	Referencias bibliográficas	33
	Documentos base	34
	Marco institucional y normativo (España)	35
	Contexto internacional (economía y salud pública)	35
	Políticas nacionales relacionadas (España)	35

Introducción

La obesidad constituye uno de los principales retos de salud pública en España y a nivel internacional. Su creciente prevalencia, su impacto sobre la salud y su asociación con múltiples enfermedades crónicas requieren respuestas coordinadas desde la acción pública. Más allá de sus consecuencias individuales, la obesidad tiene un impacto social, económico y sanitario que compromete la calidad de vida y la sostenibilidad del sistema sanitario.

La evidencia científica de las últimas décadas confirma que la obesidad es una enfermedad crónica compleja, determinada por factores biológicos, ambientales, sociales y conductuales, lo que requiere de un enfoque integral que combine acciones de prevención y fomento de hábitos de vida saludables con una atención sanitaria adaptada a las personas que ya viven con la enfermedad. Existe, por tanto, un amplio consenso sobre el diagnóstico del problema y sobre las líneas generales de actuación.

Las sociedades científicas que en este documento colaboramos, junto a la representación de pacientes y de expertos clínicos que participaron en el evento albergado el 13 de febrero de 2026 en el Senado, Hacia una Estrategia Nacional para el Abordaje de la Obesidad: de la evidencia científica a los consensos políticos y sociales, aportamos aquí nuestra visión para articular una respuesta sanitaria pertinente ante la obesidad. Una respuesta que vaya más allá de las campañas de sensibilización o las recomendaciones de hábitos saludables, y que reconozca esta patología como enfermedad crónica que requiere de atención clínica estructurada, continuidad asistencial, acceso equitativo a tratamientos eficaces y seguimiento a largo plazo.

Esta orientación sanitaria no desplaza ni cuestiona las políticas de prevención primaria ni las intervenciones sobre los determinantes sociales y ambientales de la obesidad, sino que tiene como fin complementar y poner el foco en las personas que ya presentan la enfermedad y que hoy encuentran en el Sistema Nacional de Salud (SNS) una respuesta que, mayoritariamente, es insuficiente, fragmentada o inequitativa.

A lo largo de las próximas páginas se expone la magnitud del problema que representa la obesidad en nuestro país: su elevada carga clínica, su impacto social, la presión estructural que ejerce sobre el Sistema Nacional de Salud y su impacto económico. Asimismo, se analiza la necesidad de contar con una respuesta sanitaria adecuada y la importancia de desarrollar un modelo asistencial completo, medible y compatible con la realidad competencial del actual modelo de las autonomías en España y del Sistema Nacional de Salud. Para todo ello, bajo el espíritu de corresponsabilizarnos ante la magnitud que supone la obesidad desde la perspectiva social, económica y sanitaria, las instituciones y expertos que han trabajado en este documento hemos identificado los ejes prioritarios que debería desarrollar una Estrategia Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad en nuestro contexto:

- Reconocimiento, principios y marco normativo para el correcto abordaje de la obesidad.
- Prevención y promoción de la salud a lo largo del ciclo vital.
- Atención sanitaria integral: organización asistencial, rutas clínicas y cartera común de prestaciones.
- Formación, capacitación profesional e investigación.
- Innovación terapéutica, tecnológica y digital.
- Alianza multisectorial, participación y comunicación.

Estos ejes tienen en cuenta el trabajo desempeñado hasta la fecha por el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas y defienden la labor

de concienciación que las entidades impulsoras y expertos involucrados en el documento llevamos defendiendo desde nuestros respectivos ámbitos de actuación.

España tiene hoy, por primera vez en mucho tiempo, una oportunidad real para construir una respuesta nacional a la obesidad que sea clínicamente rigurosa, políticamente viable y socialmente justa. No es una oportunidad indefinida. Las condiciones que la hacen posible —una base científica sólida, una innovación terapéutica sin precedentes, una conciencia social creciente, y una voluntad de diálogo demostrada entre actores de distinto signo y procedencia— son una ventana que conviene aprovechar con determinación y sin dilación.

Nota metodológica

El presente documento sintetiza un proceso de análisis y deliberación orientados a fundamentar, con rigor técnico y viabilidad política, el desarrollo de una Estrategia Nacional que permita dar una respuesta integral y específicamente sanitaria a esta realidad.

Para su elaboración se ha partido de una base documental amplia que incluye, entre otros materiales, la Guía Española del Manejo Integral y Multidisciplinar de la Obesidad en personas adultas (GIRO, versión 1.2, 2024); el informe *Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España, de la Alianza por la Obesidad* (2023); el informe *Obesidad: Una mirada a las políticas públicas,* de OPEN España (2024); y el documento *Doce propuestas para la mejora del abordaje de la obesidad en el marco del Sistema Nacional de Salud* (2024). Estos materiales han sido complementados con datos de encuestas nacionales como ALADINO (2011–2023) y ENSE (2017–2023), así como con proyecciones de organismos internacionales como la World Obesity Federation y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sobre esa base documental se ha desarrollado un trabajo de análisis deliberativo cuyo momento central lo constituye la jornada organizada el 13 de febrero de 2026 en el Senado bajo el título Hacia una Estrategia Nacional para el Abordaje de la Obesidad: de la evidencia científica a los consensos políticos y sociales. Un encuentro donde se reunieron representantes institucionales, profesionales sanitarios, sociedades científicas y organizaciones de pacientes.

Durante su desarrollo, profesionales de distintas disciplinas y representantes institucionales contrastaron diagnósticos, debatieron opciones de respuesta y formularon propuestas concretas sobre el contenido, la gobernanza y las condiciones de viabilidad de una estrategia de carácter nacional. El presente documento recoge y sistematiza, con vocación operativa y exhaustiva, las ideas y propuestas surgidas de ese proceso.

Por último, este documento cuenta con las contribuciones y revisiones de un grupo de expertos formado por el Dr. Diego Bellido Guerrero, Jefe del Servicio Endocrinología y Nutrición en el Complejo Hospitalario de Ferrol (CHUF) y Presidente de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO); el Dr. Ignacio Bernabéu Morón, Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) y Presidente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN); la Dra. María D. Ballesteros Pomar, jefa de Endocrinología y Nutrición del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) y Vicepresidenta 1ª de la SEEN; la Dra. Irene Bretón Lesmes, médica adjunta de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) y responsable del área de Obesidad de la SEEN; la Dra. Andreea Ciudín, coordinadora de la Unidad de Tratamien-to Integral de la Obesidad del Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona) y Tesorera de la SEEDO; el Dr. Francisco José Tinahones, Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga) y miembro de OPEN España; y Federico Luis Moya, presidente de la Asociación Nacional de Personas que viven con Obesidad (ANPO).

01
El problema en España.
Carga clínica alta, impacto social y presión estructural sobre el sistema sanitario en el SNS.

La obesidad es una enfermedad crónica, recidivante y multifactorial, caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal con capacidad de dañar la salud [1] [2] [3]. Su diagnóstico ha evolucionado significativamente: el criterio tradicional basado exclusivamente en el Índice de Masa Corporal (IMC) resulta insuficiente para captar la complejidad de la enfermedad, tanto a nivel individual como en sus implicaciones clínicas y terapéuticas.

La clasificación clásica de la OMS, ampliamente utilizada en los estudios epidemiológicos de referencia, distingue entre grado I (IMC 30,0–34,9 kg/m²), grado II (IMC 35,0–39,9 kg/m²) y grado III (IMC ≥ 40,0 kg/m²). Esta clasificación sigue siendo la base de la mayor parte de los datos de prevalencia, coste sanitario e indicación quirúrgica disponibles en España y a nivel internacional, y es la que se emplea en los estudios que se citan a lo largo de este documento.

Sin embargo, el marco actualizado de la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO), publicado en Nature Medicine en 2024, establece que el diagnóstico no puede basarse únicamente en el IMC. La distribución de la grasa corporal —particularmente la adiposidad abdominal, medida mediante el índice cintura-estatura— es un determinante más sólido del riesgo cardiometabólico que el IMC aislado. Conforme a este criterio, una persona con IMC entre 25 y 30 kg/m² que presenta adiposidad central y cualquier complicación médica, funcional o psicológica asociada debe ser diagnosticada y tratada como paciente con obesidad.

La EASO propone además una estadificación clínica que orienta la intensidad de la intervención terapéutica en función de las complicaciones presentes: desde estadios iniciales sin afectación orgánica manifiesta pero con riesgo elevado, hasta estadios avanzados con disfunción orgánica establecida, limitación funcional significativa o comorbilidades graves. En consecuencia, cuando a lo largo de este documento se emplea el término obesidad, no se hace referencia únicamente a las personas con IMC igual o superior a 30 kg/m², sino que se incluye también a quienes, con IMC inferior, presentan adiposidad abdominal y complicaciones asociadas conforme al marco diagnóstico de la EASO. Los datos epidemiológicos que se citan proceden de estudios realizados con la clasificación clásica de la OMS, por lo que deben interpretarse como una estimación conservadora de la verdadera carga de la enfermedad en España.

En niños y adolescentes, el diagnóstico se establece mediante percentiles de IMC ajustados por edad y sexo, con los estándares de la OMS o la International Obesity Task Force (IOTF) como referencias principales.

En España, la prevalencia de obesidad y sobrepeso es alarmante y ha mostrado un incremento constante en las últimas décadas. Según el estudio ENE-COVID (2020), basado en datos autodeclarados de más de 57.000 adultos, el 55,8% de la población mayor de 18 años presenta exceso de peso, desglosado en 37,1% de sobrepeso y 18,7% de obesidad, con un 4,9% de obesidad severa. Estos datos se alinean con la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2023), que reporta un 15,2% de obesidad en hombres y 15,1% en mujeres, y sobrepeso en 47,0% de hombres y 32,9% de mujeres. Las tendencias históricas indican un aumento del 200% en la prevalencia de obesidad desde 1980, con proyecciones de la World Obesity Federation estimando que para 2035 afectará al 37% de la población (35% en hombres, 39% en mujeres), alcanzando potencialmente 10 millones de adultos.

En población infantil y adolescente, el estudio ALADINO (2023) revela que en niños de 6-9 años, el 36,1% tiene exceso de peso (20,2% sobrepeso, 15,9% obesidad), con una ligera disminución desde 2011 (44,5%) pero con un pico durante la pandemia COVID-19. Para 8-16 años, el estudio PASOS (2022) indica 33,4% de exceso de peso. ENE-COVID (2020) reporta 30,0% de exceso de peso en 2-17 años (19,2% sobrepeso, 10,7% obesidad), con 2,1% de obesidad severa.

Las proyecciones sugieren un incremento anual del 2,5% en obesidad infantil hasta 2035, con el 20% de niños y más del 10% de niñas afectados en 2030.

Las variaciones demográficas y geográficas son notables [4] [5]. Por género, la obesidad es ligeramente superior en hombres (19,3% vs 18,0% en adultos), pero la obesidad severa es mayor en mujeres (5,3% vs 4,5%). En niños, la prevalencia es mayor en varones (13,4% obesidad vs 7,9% en niñas). Por edad, aumenta con los años, con mayor prevalencia en 45-64 años (aunque en niños el pico se da en 6-9 años). Geográficamente, mayor en el sur y noroeste (e.g., 27,4% obesidad en Badajoz hombres) y menor en el noreste (13,3% en Girona para hombres). Factores socioeconómicos explican parte de estas diferencias: mayor prevalencia en población con bajos ingresos (duplicada vs altos), bajo nivel educativo, residentes de municipios pequeños y en hogares con adultos obesos.

El impacto de la obesidad es multifacético [5] [6]. A nivel sanitario, se asocia con comorbilidades como diabetes tipo 2 (la obesidad representa el 43% del coste), enfermedades cardiovasculares (30%), articulares (32%), cáncer (11 tipos vinculados), problemas mentales (depresión, ansiedad), respiratorios (apnea del sueño) y reproductivos (infertilidad, complicaciones gestacionales). Según la Alianza por la Obesidad (2023), basado en encuestas a 120 pacientes, el 96% reporta impacto emocional (63% significativo), el 67% perjuicio económico (dietas, ropa, gastos médicos), y el 74% limitaciones en movilidad diaria.

A nivel económico, la obesidad genera un impacto en España de hasta 130.000 millones de euros al año (8% PIB) entre costes directos e indirectos. Las proyecciones a 2030 indican un incremento que podría alcanzar una subida de alrededor del 16% si no se llevan a cabo medidas para fomentar de manera adecuada el abordaje de la obesidad[7]. No menos importante, en el plano social, la obesidad genera estigma[6][8]: el 66% de las personas con obesidad reporta experiencias de discriminación, el 30% enfrenta situaciones de estigma en el entorno laboral y el 58% de los pacientes refiere haber experimentado estigma por parte de profesionales sanitarios. Como resultado, se observa una tendencia a disminuir la búsqueda de atención médica, lo que puede retrasar o incluso impedir las visitas y consultas necesarias.

1.1. Qué se entiende por obesidad desde la perspectiva sanitaria

En términos sanitarios, la obesidad no es una categoría meramente antropométrica, sino una condición con significado clínico porque se asocia a [9] [10]:

- Mayor riesgo y severidad de enfermedades cardiometabólicas (diabetes tipo 2, hipertensión, dislipemia aterogénica, enfermedad cardiovascular).
- Patología respiratoria (apnea del sueño, hipoventilación).
- Enfermedad hepática metabólica.
- Se ha establecido relación con trece tipos de cáncer.
- Patología osteoarticular (dolor crónico, limitación funcional, artrosis).
- Otras patologías como insuficiencia renal e infertilidad.
- Afectación psicosocial y de salud mental.
- Complicaciones perioperatorias y mayor utilización de recursos sanitarios.

Esta realidad tiene una consecuencia: cuando la obesidad se gestiona solo como 'consejo' y no como enfermedad crónica, el sistema tiende a tratar el efecto (comorbilidades y complicaciones) más que la condición de base que acelera y agrava esas trayectorias.

1.2. Magnitud en España: prevalencia alta, diferencias territoriales y gradiente social

La obesidad y el exceso de peso se sitúan en España en rangos elevados, con cifras que varían según fuente y método (medición directa vs autodeclaración), pero que convergen en un hecho básico: se trata de un fenómeno masivo y en crecimiento. En algunos informes se sitúa la obesidad adulta en el entorno del 20% o por encima, y el exceso de peso (sobrepeso + obesidad) en valores mayoritarios.

Dos características condicionan la política sanitaria:

Gradiente social: La obesidad se concentra más en contextos de menor nivel socioeconómico y mayor vulnerabilidad. Esto no es un matiz; define el riesgo de inequidad si el acceso a intervenciones eficaces depende de copagos implícitos (pago directo) o de variabilidad territorial.

Variabilidad territorial: Hay diferencias entre Comunidades Autónomas en prevalencia, pero sobre todo en organización asistencial y disponibilidad de recursos y circuitos especializados. En un SNS descentralizado, esa variabilidad es esperable; el reto es decidir qué parte de esa variabilidad es legítima (adaptación) y qué parte es problemática (desigualdad de acceso y de resultados).

1.3. La obesidad determina la actividad asistencial sanitaria por vías indirectas

Aunque no exista siempre una 'ruta asistencial de obesidad' claramente establecida, la obesidad ya determina una fracción relevante de la actividad asistencial por vías indirectas [5]:

- Mayor número de consultas (Atención Primaria y Especializada).
- Mayor utilización de urgencias.
- Más ingresos y procedimientos.
- Mayor consumo de fármacos vinculados a comorbilidades.
- Mayor necesidad de soporte (p. ej., dispositivos respiratorios), rehabilitación y manejo del dolor.

Además, es importante destacar que no todos los servicios de salud de las comunidades autónomas abordan la obesidad de la misma manera, con diferencias relevantes en la cartera de servicios, especialmente en Atención Primaria. Esta heterogeneidad genera inequidades y, cuando el abordaje es fragmentado, también una 'carga oculta' organizativa: repetición de pruebas, objetivos terapéuticos no alineados, mensajes clínicos contradictorios y pérdida de continuidad, con impacto en adherencia y resultados.

1.4. Impacto económico: costes directos, indirectos y coste de oportunidad del SNS

Según los informes existentes[5][7][11], el impacto económico de la obesidad en España oscila entre el 2% y el 8% del PIB. Esta cifra depende de si se consideran únicamente los costes asociados a la propia enfermedad o también los costes directos e indirectos relacionados con comorbilidades.

Pero el debate sanitario más útil no es solo 'cuánto cuesta', sino cómo se gasta. Existe un coste de oportunidad claro: el SNS financia de forma amplia los tratamientos de muchas complicaciones (diabetes, hipertensión, apnea del sueño, artrosis, eventos cardiovasculares), mientras que la inversión estructurada en intervenciones dirigidas a la obesidad puede ser menor o heterogénea, lo que favorece un patrón reactivo y tardío.

1.5. Dimensión social: estigma, discriminación y barreras de acceso como determinantes asistenciales

La obesidad incorpora un componente social con efectos clínicos directos. El estigma[8][12]:

- Reduce la probabilidad de consulta temprana.
- Deteriora la alianza terapéutica.
- Aumenta el riesgo de abandono.
- Favorece abordajes simplificados (atribuir síntomas al peso sin evaluación o, por el contrario, evitar hablar del peso por incomodidad).
- Limita el acceso a recursos psicológicos o conductuales cuando son necesarios.

Desde la perspectiva de un acuerdo sanitario, el estigma no se trata como un problema 'de comunicación', sino como un problema de calidad asistencial, comparable —por su impacto— a otros factores que condicionan seguridad y resultados.

02

Por qué es necesaria una respuesta sanitaria específica.

Fundamentos clínicos, de equidad y de sostenibilidad.

La obesidad no es un problema estético o de elección personal, sino una enfermedad crónica multifactorial que requiere intervención sanitaria inmediata y sostenida. Las razones para actuar son múltiples y urgentes, basadas en su impacto en la salud individual y colectiva, la carga económica y la equidad social.

Primero, la obesidad es un factor de riesgo mayor para enfermedades no transmisibles[1], incluso causa de ellas, y responsable de hasta el 43% del coste de la diabetes tipo 2, el 32% de las enfermedades articulares y el 30% de las cardiovasculares. En España, contribuye a 130.000 muertes prematuras anuales, reduciendo la esperanza de vida en 2,7-5 años (moderada-severa).

Segundo, el coste económico[7] hace imperiosa la intervención: 8% del PIB (130.000 millones euros anuales en costes directos e indirectos), con proyecciones a 151.085 millones en 2030 si no se actúa. La acción sanitaria podría generar ahorros entre 23.549 y 81.622 millones de euros mediante reducciones de peso del 5 al 25%.

Por todo ello, la acción debe ser integral, incluyendo prevención (promoción de hábitos saludables), diagnóstico precoz (cribados en Atención Primaria), tratamiento (nutricional, físico, psicológico, quirúrgico...) y seguimiento a largo plazo.

2.1. El SNS ya está interviniendo, pero a menudo de forma indirecta e ineficiente

En la práctica cotidiana, la intervención del SNS sobre obesidad ocurre principalmente a través del manejo de sus complicaciones y comorbilidades. Y esto tiene unos condicionantes no adecuados:

- Se interviene tarde (cuando la comorbilidad ya es evidente o complicada).
- Se multiplica la polifarmacia.
- Se incrementan eventos y discapacidad.
- Se perpetúan circuitos asistenciales de alta intensidad.

Una respuesta sanitaria específica busca desplazar el esfuerzo hacia una intervención más temprana, estructurada y longitudinal, con un objetivo clínico amplio: reducir riesgo, mejorar función y evitar complicaciones.

2.2. La obesidad es crónica: el modelo de 'consejo aislado' es insuficiente

Hay un punto técnico que, si no se acepta, invalida cualquier estrategia: la obesidad es crónica, con tendencia a la recaída si no existe seguimiento y reajuste. Por tanto, el modelo de 'consejo aislado' o 'episodios' es insuficiente. Una respuesta sanitaria coherente se apoya en:

- Evaluación inicial estructurada.
- Plan terapéutico individualizado.
- Seguimiento periódico, incluso durante toda la vida.
- Cambios de intensidad según respuesta y situación clínica.
- Prevención secundaria (evitar progresión y eventos) y terciaria (fragilidad tras complicaciones).
- Soporte conductual y salud mental cuando procede.

2.3. La obligación institucional ante la evolución de opciones de intervención

La evolución de opciones de intervención sanitaria genera una obligación institucional: decidir cómo se integran en un sistema público y descentralizado. No decidir tiene efectos previsibles:

- Incorporación informal y desigual por territorio.

- Mayor peso del pago privado.
- Inequidad de acceso por nivel socioeconómico.
- Heterogeneidad de resultados y ausencia de aprendizaje comparativo.

Una respuesta sanitaria organizada no equivale a 'tratar a todos con todo', sino a crear un marco de priorización clínica y de acceso equitativo.

2.4. Equidad: el riesgo real es que la innovación aumente la brecha social y territorial

Dado el gradiente social de la obesidad, el diseño sanitario debe blindar un principio: acceso según necesidad clínica, no según capacidad de pago o acceso. En un SNS descentralizado, el riesgo principal es que la equidad se fracture por:

- Variabilidad de cartera efectiva (más allá de lo formal).
- Disponibilidad desigual de equipos multidisciplinares.
- Diferencias en protocolos de derivación.
- Diferencias en financiación real de intervenciones.

La equidad exige mínimos comunes y evaluación comparativa.

2.5. Sostenibilidad: inversión estratégica frente a gasto reactivo

La sostenibilidad sanitaria no se obtiene por contención mecánica de gasto, sino por inversión con lógica de valor. En obesidad, la sostenibilidad se juega en dos planos:

- **Clínico:** menos eventos, menos progresión de comorbilidad, mejor función y calidad de vida.
- **Organizativo:** menos utilización evitable de urgencias e ingresos[13], consultas no urgentes, menos repetición de pruebas, circuitos más coherentes.

Los análisis económicos disponibles refuerzan una idea: la inacción es cara y tiende a encarecerse en el tiempo. La inversión en prevención es necesaria, pero no sustituye a la inversión en organización asistencial y tratamiento cuando está indicado.

03

Qué significa "respuesta sanitaria". Un modelo asistencial completo, medible y compatible con la realidad competencial del SNS.

Para construir un acuerdo técnico-político, conviene definir qué se entiende por ‘respuesta sanitaria’ de manera operativa. Una respuesta sanitaria no es un conjunto de eslóganes; es un modelo con componentes, requisitos y métricas.

Una buena estrategia sanitaria para la obesidad debería ser integral, multidisciplinar y flexible, permitiendo adaptaciones según contextos individuales y regionales. Se destacan los siguientes puntos principales:

- **Multidisciplinariedad y personalización:** involucrar equipos de profesionales sanitarios de atención primaria y especializada; adaptar intervenciones a factores individuales (genéticos, psicológicos, socioeconómicos), usando herramientas como EOSS (14) para clasificar gravedad y guiar tratamientos.
- **Integración a lo largo del ciclo vital:** abordar prevención (hábitos desde infancia), diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento; integrar enfoques como 5As (Ask, Assess, Advise, Agree, Assist; Preguntar, Evaluar, Aconsejar, Acordar Asistir), para motivación.
- **Orientación basada en la evidencia y los resultados:** priorizar intervenciones probadas; monitorear indicadores como reducción de IMC y otros parámetros antropométricos, mejora de comorbilidades, funcionalidad y calidad de vida.
- **Inclusión y equidad:** considerar vulnerabilidades y determinantes sociales de la salud (bajos ingresos, género, edad), promoviendo acceso universal a recursos.

3.1. Objetivos clínicos y de sistema: qué se pretende conseguir

Una estrategia sanitaria mínimamente madura en obesidad debe explicitar objetivos en tres niveles:

a) Objetivos de salud.
b) Objetivos funcionales y de calidad de vida.
c) Objetivos del sistema.

Este enfoque evita un reduccionismo frecuente: medir éxito solo por variación de peso. En salud pública y clínica, el valor está en resultados clínicos relevantes y en la mejora de la calidad de vida.

3.2. Identificación y estratificación: priorizar adecuadamente

El sistema necesita un mecanismo de estratificación que permita asignar intensidad terapéutica: priorizar intervención intensiva en perfiles de mayor riesgo o mayor impacto clínico, sin negar atención a otros, pero graduando recursos.

3.3. Organización asistencial: una red AP-AE-unidades con continuidad y responsabilidades definidas

La obesidad requiere una arquitectura de red compatible con el SNS real:

- **Atención Primaria:** puerta de entrada, seguimiento longitudinal y multidisciplinar para la gestión de casos de baja y moderada complejidad, y coordinación.
- **Atención Especializada:** soporte diagnóstico-terapéutico multidisciplinar en casos complejos o con comorbilidad relevante, y codiseño de planes intensivos y de alta resolución.
- **Unidades integrales entre AP y AH:** alta complejidad, coordinación de opciones procedimentales, perfiles de alto riesgo, recidiva compleja y casos con gran impacto funcional.

El punto crítico no es ‘dónde se atiende’ sino: quién mantiene la continuidad, cómo se coordinan transiciones, cómo se evitan duplicidades, y cómo se integra la atención a comorbilidades. En un acuerdo técnico-político, esto se traduce en estándares operativos: criterios de derivación, tiempos, retornos a AP, y roles claros.

3.4. Equipo y capacidades: el factor limitante suele ser tiempo clínico y perfiles disponibles

El modelo exige capacidades que hoy son heterogéneas, aunque en la práctica, el obstáculo no es conceptual sino operativo: agendas saturadas, escasez de perfiles específicos y dificultad para sostener seguimiento. Por ello, el acuerdo debe incluir un principio de realismo: sin inversión en capacidades (profesionales y tiempo), no hay estrategia asistencial efectiva; solo hay derivaciones y listas de espera.

3.5. Cartera terapéutica integrada: escalonada y combinable

Una respuesta sanitaria completa debe reconocer que la obesidad se maneja con combinaciones, no con un único recurso. Una cartera sanitaria coherente incluye:

- Intervención nutricional estructurada.
- Actividad física adaptada con enfoque funcional.
- Intervención conductual/psicológica cuando proceda.
- Farmacoterapia en perfiles seleccionados y con seguimiento.
- Técnicas endoscópicas y cirugía bariátrica/metabólica en criterios clínicos definidos.
- Rehabilitación, manejo del dolor y apoyo a la movilidad.

La clave no es enumerar, sino definir: criterios de uso, secuencia e intensidades, seguimiento, y resultados esperados. En el SNS, además, se añade un componente de política pública: cómo garantizar que la cartera efectiva sea equitativa y cómo financiar lo que se decide incluir.

3.6. Estigma como estándar de calidad asistencial

Una respuesta sanitaria madura incorpora acciones específicas:

- Formación de profesionales para comunicación clínica adecuada.
- Estándares de atención respetuosa (‘persona primero’) y práctica clínica no culpabilizadora
- Adecuación de equipamiento y espacios (básculas, camillas, material).
- Itinerarios que reduzcan barreras y eviten que la consulta sea vivida como sanción.

Tratar el estigma como parte de la calidad asistencial es especialmente importante para construir consenso político: reduce la polarización y centra el debate en dignidad, resultados y acceso.

3.7. Datos, medición y evaluación: la condición de posibilidad del acuerdo

Sin medición, no existe política sanitaria sostenible, especialmente en un SNS descentralizado.

La estrategia necesita:

- Indicadores comunes: estructura (capacidades), proceso (continuidad, derivación) y resultados (clínicos, funcionales, uso de recursos).
- Datos longitudinales: evolución, no fotografía.
- Comparabilidad territorial: aprendizaje entre CCAA.

- Evaluación económica: impacto presupuestario y valor asociado a reducción de eventos y complicaciones.
- Un componente útil es un observatorio o mecanismo equivalente que recopile, analice y publique resultados con gobernanza transparente.

04
Distribución competencial en España. Por qué una Estrategia Nacional es necesaria y qué puede (y debe) hacer cada nivel institucional.

El acuerdo técnico-político no puede ignorar la arquitectura constitucional y legal del SNS. En España, la salud está descentralizada en la provisión, pero requiere cohesión nacional para asegurar equidad y coordinación.

4.1. El Estado: bases, coordinación general, cohesión y cartera común

El Estado, de acuerdo con el cuerpo legislativo constitucional, tiene capacidad —y responsabilidad— para:

- Establecer bases y coordinación general sanitaria.
- Impulsar cohesión y calidad del SNS.
- Acordar y proponer marcos comunes a través del Consejo Interterritorial.
- Definir la cartera común de servicios y condiciones básicas de igualdad.
- Promover sistemas de información y evaluación comunes.
- Orientar políticas de salud pública y compromisos internacionales.

4.2. Las Comunidades Autónomas: organización real de la asistencia y despliegue efectivo

Las CCAA tienen la responsabilidad de organizar y gestionar sus servicios de salud:

- Recursos humanos y dispositivos asistenciales.
- Estructura de AP y AH.
- Creación y dotación de unidades.
- Protocolos internos, rutas clínicas y coordinación.
- Gestión presupuestaria y contratación.
- Transformación digital y sistemas de información autonómicos.

4.3. El Consejo Interterritorial del SNS: el lugar natural del acuerdo operativo

En un SNS descentralizado, el Consejo Interterritorial es el órgano idóneo para formalizar:

- Planes y estrategias comunes.
- Criterios y estándares generales.
- Indicadores y sistemas de evaluación.
- Compromisos de implementación con cronograma.

Una Estrategia Nacional de obesidad que aspire a la cohesión debería ser un acuerdo del Consejo Interterritorial con: metas y métricas comunes, mínimos organizativos, guía operativa (no necesariamente clínica) de rutas asistenciales, y un marco de rendición de cuentas.

4.4. El Poder Legislativo: marco normativo, política presupuestaria y mandato político

La obesidad no es solo un problema clínico; tiene determinantes sociales, económicos y comerciales de diversa índole. El poder legislativo (Cortes Generales, parlamentos y asambleas de las comunidades autónomas) es relevante por varias razones:

- **Marco normativo:** puede impulsar o modificar leyes con impacto en salud pública, cartera de servicios, derechos, protección frente a discriminación y mecanismos de transparencia.
- **Política presupuestaria:** condiciona prioridades de gasto, fondos y políticas intersectoriales.
- **Mandato político:** puede reforzar la estabilidad de una estrategia que, de otro modo, corre riesgo de ser inoperativa o dependiente de coyunturas.

Además, en un tema con potencial polarización (responsabilidad individual vs social; prevención vs tratamiento; financiación), el poder legislativo puede actuar como espacio para construir legitimidad y para sostener acuerdos a medio plazo.

05

Contenido sustantivo de una Estrategia Nacional. Qué debería ordenar y qué debería dejar abierto a adaptación autonómica.

Una Estrategia Nacional de Prevención y Abordaje Sanitario de la Obesidad es pertinente para coordinar esfuerzos fragmentados, integrar iniciativas existentes como la estrategia NAOS[15] con acciones sanitarias específicas, y establecer un marco de equidad y cohesión que el sistema actualmente no garantiza. Sus razones de necesidad son cuatro:

- **Coordinación y equidad:** las variaciones autonómicas en prevalencia requieren un marco nacional que impida que el código postal de residencia determine el acceso a diagnóstico y tratamiento.
- **Integración de los esfuerzos existentes:** la estrategia NAOS ha promovido cambios en hábitos y entornos, pero carece de un enfoque sanitario integral orientado al tratamiento de la enfermedad ya instaurada.
- **Abordaje multifactorial:** la obesidad es una enfermedad crónica, progresiva y recidivante que exige una respuesta unificada en la que prevención, tratamiento y seguimiento actúen de manera simultánea.
- **Impacto económico y social**[7]: los costes, estimados en torno al 8% del PIB, justifican la inversión. Una estrategia estructurada podría generar ahorros de entre 23.000 y 81.000 millones

5.1. Núcleo común nacional (lo que debe ser homogéneo para garantizar equidad y aprendizaje)

a) Reconocimiento formal y marco de valores

El primer elemento del núcleo común no es técnico sino conceptual y político. La estrategia debe reconocer:

- **La obesidad como enfermedad crónica,** progresiva y recidivante, con base multifactorial y no atribuible a la responsabilidad o el comportamiento exclusivo de quien las padece.
- **El enfoque de equidad** como principio rector: acceso según necesidad clínica, no según capacidad de pago o territorio.
- **La lucha activa** contra el estigma como estándar de calidad asistencial.
- **La continuidad asistencial** como requisito estructural, no como objetivo aspiracional.
- **La evaluación y la transparencia** como condiciones de legitimidad de cualquier inversión pública.

El referente internacional respalda esta orientación: a título de ejemplo, Italia aprobó en 2025 una ley[16] que reconoce formalmente la obesidad como enfermedad crónica y garantiza asistencia adecuada en el sistema sanitario público; Alemania y Portugal avanzan en la misma dirección. España no debería quedar rezagada en este reconocimiento.

b) Los tres niveles de prevención: simultáneos y complementarios

La estrategia debe articular explícitamente los tres niveles de prevención, que no son sucesivos sino concurrentes y mutuamente necesarios:

- **Prevención primaria:** evitar que nuevas personas desarrollen obesidad, mediante intervenciones sobre los entornos alimentarios, la promoción de la actividad física desde la infancia, la reducción de los determinantes sociales que favorecen su aparición y la actuación sobre los factores de riesgo modificables.
- **Prevención secundaria:** dirigida a las personas que ya presentan obesidad, con el objetivo de impedir el desarrollo de comorbilidades graves —diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática metabólica, apnea obstructiva del sueño, patología osteoarticular, afectación psicológica—.

- **Prevención terciaria:** actúa cuando las complicaciones ya están presentes, con el objetivo de frenar la progresión hacia la fragilidad, reducir la dependencia funcional y evitar el deterioro irreversible.

c) Objetivos y métricas comunes

La estrategia debe definir objetivos medibles en tres planos:

- **Indicadores clínicos:** reducción de comorbilidades, eventos cardiovasculares, hospitalizaciones por complicaciones atribuibles, mortalidad prematura.
- **Indicadores funcionales:** movilidad, capacidad laboral, autonomía, calidad de vida, salud mental.
- **Indicadores de sistema:** continuidad asistencial efectiva, tiempos de derivación y retorno, reducción de urgencias evitables, ingresos hospitalarios prevenibles, duplicación de pruebas evitada.

d) Estratificación clínica: herramienta para priorizar con equidad

El sistema necesita un mecanismo de estratificación clínica validado —como la escala Edmonton Obesity Staging System (EOSS) u equivalentes— que permita asignar intensidad terapéutica según el nivel de complejidad y riesgo, priorizar la intervención intensiva en los perfiles de mayor riesgo y fundamentar la decisión de qué perfiles acceden a qué intervenciones, incluyendo las farmacológicas de nueva generación.

e) Estándares mínimos de organización asistencial

La estrategia debe definir una arquitectura asistencial de red en la que los niveles estén articulados con responsabilidades claras y circuitos definidos:

- **Atención Primaria:** puerta de entrada, espacio de seguimiento longitudinal y multidisciplinar como núcleo de coordinación para los casos de baja y moderada complejidad.
- **Atención Especializada:** soporte diagnóstico y terapéutico multidisciplinar en casos con comorbilidad relevante o que requieran intensificación del plan terapéutico.
- **Unidades Integrales:** atención a la alta complejidad, coordinación de opciones procedimentales, perfiles de alto riesgo, recidivas complejas y casos con gran impacto funcional. Su existencia y dotación mínima debe garantizarse en todas las comunidades autónomas.

f) Formación de profesionales: condición de posibilidad del sistema

La formación en obesidad debe alcanzar a todos los niveles asistenciales y a todas las categorías profesionales que tienen contacto con el paciente. Los elementos mínimos incluyen:

- Incorporación de competencias específicas en obesidad en la formación médica continuada para Atención Primaria, medicina interna, psiquiatría, ginecología, traumatología y otras especialidades.
- Criterios de acreditación de unidades que incluyan requisitos de formación del equipo.
- Actualización de los currículos de formación especializada MIR y de otras categorías sanitarias.
- Papel central de las sociedades científicas en el diseño, la validación y la actualización de los contenidos formativos.
- Formación específica en comunicación clínica no estigmatizante.

g) Cartera efectiva y acceso equitativo a la innovación terapéutica

La cartera terapéutica integrada y escalonada incluye:

- Intervención nutricional estructurada.
- Actividad física adaptada con enfoque funcional.
- Intervención conductual y psicológica cuando está indicada.
- Farmacoterapia en perfiles seleccionados y con seguimiento establecido, con especial atención a los fármacos basados en análogos del receptor de GLP-1, cuya eficacia clínica es ya incontrovertible.
- Técnicas endoscópicas y cirugía bariátrico-metabólica en criterios clínicos definidos.
- Rehabilitación, manejo del dolor y apoyo a la movilidad cuando las comorbilidades osteoarticulares lo requieren.

La incorporación desigual de la innovación farmacológica entre comunidades autónomas podría dar lugar a una forma concreta de inequidad que la estrategia debe combatir de manera explícita.

h) Alianza multisectorial: más allá del sistema sanitario

La obesidad no es un fenómeno exclusivamente sanitario. Sus determinantes son sociales, económicos, culturales y ambientales. Los ámbitos de alianza que deben estar contemplados son:

- **Sector educativo:** incorporación de la educación nutricional y de la actividad física como ejes transversales del currículo escolar.
- **Ámbito laboral y empresarial:** promoción de entornos laborales que favorezcan hábitos saludables y eliminación de la discriminación por peso en el empleo.
- **Comunidad científica e investigadora:** agenda de investigación en obesidad que genere evidencia propia sobre la realidad española.
- **Sector de servicios sociales:** coordinación para garantizar que las personas en situación de vulnerabilidad económica no queden fuera del alcance de las intervenciones.
- **Industria alimentaria:** marco de colaboración y regulación para la reformulación de productos, el etiquetado nutricional comprensible y la limitación de la publicidad de alimentos ultraprocesados dirigida a menores.
- **Industria farmacéutica y tecnológica:** colaboración público-privada orientada al interés general.
- **Organizaciones de pacientes:** participación formal y sostenida en el diseño, el seguimiento y la evaluación de la estrategia.
- **Medios de comunicación y entorno digital:** estrategia que promueva representaciones no estigmatizantes de la obesidad y combata la desinformación.

i) Salud digital como palanca de equidad y continuidad

La estrategia debe incorporar la digitalización de forma planificada y evaluada, contemplando:

- Historia clínica electrónica interoperable entre niveles asistenciales y entre comunidades autónomas.
- Sistemas de monitorización remota de hábitos y parámetros clínicos.
- Inteligencia artificial aplicada a la estratificación de riesgo, a la personalización de intervenciones y a la detección precoz de desviaciones en la evolución clínica.
- Tarjeta sanitaria virtual y acceso del paciente a su propia información clínica como herramienta de empoderamiento y adherencia.

- Regulación de aplicaciones y dispositivos digitales de salud relacionados con la obesidad.

j) Sistema de evaluación común y gobernanza con rendición de cuentas

La estrategia debe establecer:

- Indicadores comunes: de estructura, de proceso y de resultado.
- Datos longitudinales: que permitan ver evolución en el tiempo.
- Comparabilidad territorial: que genere aprendizaje entre comunidades autónomas.
- Evaluación económica: del impacto presupuestario de la estrategia.
- Informes periódicos públicos: con gobernanza transparente y accesibles a profesionales, pacientes y ciudadanía.

k) Participación de pacientes, profesionales y sociedades científicas en la gobernanza

Los mecanismos de participación deben ser formales, continuados y con capacidad real de influencia. Esto implica:

- Participación de las asociaciones de pacientes en los órganos de seguimiento y evaluación de la estrategia.
- Papel formal de las sociedades científicas especializadas en la actualización de los criterios clínicos y en la validación de los estándares de atención.
- Mecanismos de participación de los profesionales de todos los niveles asistenciales en la revisión de los protocolos y rutas clínicas.
- Canales de retroalimentación ágiles que permitan que las dificultades de implementación detectadas en el terreno se traduzcan en ajustes de la estrategia.

5.2. Espacio autonómico de adaptación (lo que debe poder variar sin comprometer equidad)

Las comunidades autónomas son las titulares de la gestión de los servicios de salud y las principales responsables de la implementación efectiva de cualquier estrategia nacional. La adaptación autonómica puede y debe existir en:

- Diseño operativo de los dispositivos asistenciales según la geografía, la densidad de población y la estructura del sistema de salud de cada territorio.
- Integración con los planes autonómicos de cronicidad, salud pública e intersectorialidad ya en marcha.
- Modelos organizativos específicos —áreas sanitarias, gerencias, redes integradas de atención a la cronicidad—.
- Diseño y adaptación de circuitos asistenciales propios.
- Herramientas digitales, que sean interoperables con el sistema común.
- Planes de formación y despliegue de perfiles profesionales según la disponibilidad real de cada servicio de salud.

Lo que no puede variar en función del territorio es:

- La disponibilidad de la cartera efectiva de intervenciones para los perfiles que la requieren.
- Los criterios clínicos de acceso a tratamientos, incluyendo las innovaciones de nueva generación.
- Los estándares mínimos de calidad y organización asistencial.
- La integración de los circuitos asistenciales autonómicos en una arquitectura funcional común.
- La participación en el sistema común de evaluación, comparabilidad y rendición de cuentas.

06
Estructura y hoja de ruta de la Estrategia Nacional de Prevención y Abordaje Integral de la Obesidad.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano competente para aprobar una Estrategia Nacional de Prevención y Abordaje Integral de la Obesidad. Su elaboración corresponde al Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas, siendo el Consejo Interterritorial el espacio en el que se acuerdan metas comunes, estándares mínimos, mecanismos de evaluación y compromisos de implementación.

El presente capítulo ofrece una guía operativa para que el Consejo Interterritorial pueda abordar el proceso de elaboración, aprobación e implementación de esa estrategia. Se organiza en torno a seis dimensiones: el punto de partida político e institucional; la estructura de la estrategia; la gobernanza del proceso de elaboración; el cronograma orientativo; la financiación; y el marco de evaluación y rendición de cuentas.

6.1. El punto de partida: condiciones políticas e institucionales para que el proceso sea viable

Antes de abordar el contenido de la estrategia, el Consejo Interterritorial debe establecer las condiciones que garanticen que el proceso de elaboración e implementación sea sólido, duradero y efectivo:

- **Continuidad institucional por encima de los ciclos políticos:** una estrategia en materia de obesidad no puede concebirse en clave de legislatura. Formalizar la estrategia como un acuerdo del Consejo Interterritorial le otorga una solidez institucional que trasciende la coyuntura.

- **Coautoría real de las comunidades autónomas:** las comunidades autónomas son coautoras de una estrategia que después tendrán que desplegar con sus propios recursos. Su participación desde las primeras fases del proceso es la condición más fiable para que la implementación sea efectiva.

- **Disposición adecuada de recursos como compromiso fundacional:** una estrategia con objetivos ambiciosos requiere que las administraciones implicadas asuman desde el principio el compromiso de dotar los medios necesarios.

- **La obesidad como cuestión de Estado con capacidad de generar consenso transversal:** el debate celebrado en el Senado demostró que la obesidad es capaz de concitar acuerdo entre actores con posiciones políticas e institucionales distintas.

6.2. Estructura de la Estrategia Nacional

La Estrategia Nacional debe organizarse en torno a seis ejes estratégicos, cada uno con objetivos específicos, indicadores de seguimiento y responsabilidades distribuidas entre el nivel nacional y el autonómico.

Eje 1. Reconocimiento, principios y marco normativo

- Declaración formal de la obesidad como enfermedad crónica en el ordenamiento sanitario español.
- Principios rectores de la estrategia: equidad de acceso, no estigmatización, continuidad asistencial, atención centrada en la persona, evaluación y transparencia.
- Revisión del marco normativo vigente para identificar lagunas que impidan el acceso equitativo a prestaciones.
- Impulso parlamentario para dotar a la estrategia de respaldo legislativo.

Eje 2. Prevención y promoción de la salud a lo largo del ciclo vital

- Programas de educación nutricional y promoción de la actividad física en el ámbito escolar, con contenidos validados.
- Actuaciones sobre el entorno alimentario: regulación del etiquetado nutricional, restricción de la publicidad de alimentos ultraprocesados dirigida a menores.
- Intervención comunitaria en entornos de mayor vulnerabilidad socioeconómica.
- Estrategia de comunicación social que promueva representaciones no estigmatizantes de la obesidad.
- Atención específica a la obesidad infantil y juvenil.

Eje 3. Atención sanitaria integral: organización asistencial, rutas clínicas y cartera de prestaciones

- Definición de la ruta asistencial de la obesidad en el SNS, con responsabilidades claras por nivel.
- Estándares mínimos de organización asistencial exigibles en todas las comunidades autónomas.
- Mecanismo de estratificación clínica validado —como la escala EOSS u equivalente—.
- Cartera efectiva de intervenciones con criterios de uso, secuencias de intensificación y condiciones de seguimiento.
- Incorporación de la cartera efectiva a la cartera común de servicios del SNS.
- Protocolo de atención a las comorbilidades más prevalentes integrado en la ruta asistencial.

Eje 4. Formación, capacitación profesional e investigación

- Plan de formación específica en obesidad para todos los niveles asistenciales.
- Formación en comunicación clínica no estigmatizante como requisito transversal.
- Criterios de acreditación de unidades multidisciplinares de obesidad.
- Papel formal de las sociedades científicas especializadas.
- Agenda nacional de investigación en obesidad con financiación específica en los planes nacionales de I+D+i.

Eje 5. Innovación terapéutica, tecnológica y digital

- Sistemas de monitorización remota y salud digital integrados en los protocolos de seguimiento.
- Inteligencia artificial aplicada a la estratificación de riesgo y la personalización de intervenciones.

Eje 6. Alianza multisectorial, participación y comunicación

- Mecanismo de coordinación interministerial —Sanidad, Educación, Consumo, Agricultura, Trabajo, Industria— con compromisos concretos y evaluables.
- Marco de colaboración público-privada con la industria alimentaria, farmacéutica y tecnológica.
- Participación formal y sostenida de las organizaciones de pacientes.
- Implicación del ámbito laboral y empresarial.
- Estrategia de comunicación social coordinada para reducir el estigma.

6.3. Gobernanza del proceso de elaboración

La gobernanza del proceso debe contemplar:

- Comisión técnica mixta Ministerio-CCAA constituida en el seno del Consejo Interterritorial.
- Grupo asesor científico integrado por representantes de las sociedades científicas especializadas.
- Panel de pacientes y ciudadanos con participación formal en el proceso de diseño.

- Grupo de trabajo intersectorial que integre a los ministerios con competencias en los determinantes no sanitarios.
- Apoyo técnico externo de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias.
- Proceso de consulta pública amplio y estructurado.

6.4. Financiación: condición de viabilidad, no elemento secundario

La financiación de la estrategia no es un detalle técnico que se resuelve al final del proceso: es una condición de viabilidad que debe abordarse desde el principio y formalizarse como compromiso vinculante en el acuerdo del Consejo Interterritorial. Los elementos que deben estar contemplados son:

- Dotación presupuestaria suficiente para la estrategia en los presupuestos sanitarios, con partidas reforzadas transversales.
- Presupuesto específico para formación, investigación e innovación, diferenciado de los recursos asistenciales.
- Marco de colaboración público-privada para la cofinanciación de programas de formación, generación de evidencia y desarrollo tecnológico.

La comparación internacional es elocuente: España destina en torno al 6,5% del PIB [17] a sanidad pública y privada, frente al 10% o más de países de su entorno. Sin una decisión política de incrementar ese porcentaje de forma sostenida, cualquier estrategia nacional corre el riesgo de convertirse en un documento de intenciones sin capacidad transformadora.

07 Conclusiones.

1 La obesidad constituye uno de los principales retos de salud pública en España. Su elevada prevalencia y su impacto sanitario, social y económico hacen necesario avanzar hacia respuestas más coordinadas y sostenidas en el tiempo.

2 Las reflexiones recogidas en este documento muestran la conveniencia de reforzar el reconocimiento de la obesidad como enfermedad crónica compleja y de avanzar hacia modelos asistenciales que garanticen continuidad de la atención, coordinación entre niveles asistenciales y acceso equitativo a intervenciones eficaces.

3 Asimismo, resulta fundamental fortalecer la cooperación entre las distintas administraciones públicas y promover la colaboración entre profesionales sanitarios, sociedades científicas, organizaciones de pacientes y otros actores implicados.

4 El desarrollo de una estrategia nacional contribuiría, sin duda, a mejorar la respuesta del Sistema Nacional de Salud frente a este desafío, reforzando la equidad, la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema.

5 Dentro de esta estrategia se considera adecuado la activación del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad como instrumento de monitorización e independencia técnica, siendo un apoyo fundamental en este proceso la evaluación de políticas públicas que en este marco se desarrollen para medir el impacto real de las mismas.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Obesidad y sobrepeso.* Ginebra: OMS; 2024.
2. Comisión Europea. *Report on the state of health in the EU.* Companion Report 2021. Bruselas: Comisión Europea; 2021.
3. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. *Obesity in adults: a clinical practice guideline.* CMAJ. 2020;192(31):E875–91.
4. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España 2020 (ENE-COVID). Instituto de Salud Carlos III / AESAN; 2021.
5. Obesity Policy Engagement Network España (OPEN España). *Obesidad: una mirada a las políticas públicas.* Madrid: OPEN España; 2024.
6. Alianza por la Obesidad. *Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España.* Madrid: Alianza por la Obesidad; 2023.
7. Pereira-Bouzas P, Vicente E, Pachón M, Gonzalo E, Hidalgo-Vega Á, García E. *El valor social de un mejor control en la obesidad en España.* Madrid: Fundación Weber; 2025.
8. Sánchez-Carracedo D. *El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa*. Endocrinol Diabetes Nutr. 2022;69(10):868-877.
9. Lassale C, Tzoulaki I, Moons KG, Sweeting M, Boer J, Johnson L, et al. *Separate and combined associations of obesity and metabolic health with coronary heart disease: a pan-European case-cohort analysis.* Eur Heart J. 2018;39(5):397-406.
10. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. Endocr Pract. 2016;22 Suppl 3:1-203.
11. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2023. London: World Obesity Federation; 2023.
12. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. *Joint international consensus statement for ending stigma of obesity.* Nat Med. 2020;26(4):485-497.
13. Bjornson AM, Szabo SM, Donato BMK, et al. ***Costs of obesity, obesity-related complications, and weight loss in the United States: a systematic literature review.*** J Manag Care Spec Pharm. 2025.
14. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, Sharma AM, Padwal R, Sui X, et al. *Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk.* Appl Physiol Nutr Metab. 2011;36(4):570-576.
15. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS).* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
16. Italia. Legge 3 ottobre 2025, n. 149. *Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità.* Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 9 ottobre 2025, n. 235.
17. Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público 2023 (EGSP 2023). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.

Documentos base

- Sandulli F. *Obesidad: Una mirada a las políticas públicas.* España; septiembre 2024.
- Castillo T, Escolano M, Mato A, Rivero A, Tinahones FJ; colaboradores. *Doce propuestas para la mejora del abordaje de la obesidad en el marco del Sistema Nacional de Salud.* España; 2024.
- Alianza por la Obesidad. *Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España.* 1.ª ed. España; noviembre 2023.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). *Guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas* (GIRO). España; 2024.
- Jornada *Obesidad: de la evidencia a las políticas sanitarias.* Material de sesión / transcripción. España; 19 de mayo 2025.
- Ministerio de Sanidad. *Encuesta Nacional de Salud de España 2023.* Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. *Estudio ENE-COVID 2020.* Madrid: AESAN; 2020.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. *Estudio ALADINO 2023.* Madrid: AESAN; 2023.
- World Obesity Federation. *World Obesity Atlas 2023.* London: WOF; 2023.
- Aranceta-Bartrina J, Gianzo-Citores M, Pérez-Rodrigo C. *Prevalence of overweight/obesity and associated risk factors in northern Spain.* Nutr Hosp. 2016;33(3):570-577.
- Hernáez Á, Zomeño MD, Dégano IR, et al. *Excess weight in Spain: current situation, projections for 2030, and estimated direct extra cost for the Spanish Health System.* Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2019;72(11):916-924.
- Busutil R, Espinosa B, Borras PA, et al. *The impact of obesity on health-related quality of life in Spain.* Health Qual Life Outcomes. 2017;15(1):197.
- Frühbeck G, Giménez-Palop O, Yárnoz-Esquiroz P, et al. *A new framework for obesity diagnosis, staging and treatment based on the adiposity-based chronic disease model.* Nature Medicine. 2024;30:1935–1946.

Marco institucional y normativo (España)

- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado. 1978.
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. 1986.
- España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. 2003.
- España. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. 2006.
- España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado. 2011.

Contexto internacional (economía y salud pública)

- World Health Organization Regional Office for Europe. *WHO European Regional Obesity Report 2022.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
- World Obesity Federation. *World Obesity Atlas 2024*. London: World Obesity Federation; 2024.
- OECD. *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention.* Paris: OECD Publishing; 2019.

Políticas nacionales relacionadas (España)

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). España; 2005.
- Ministerio de Sanidad (España). Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022–2030) – En Plan Bien. Madrid; 2022.