

VALOR SOCIAL

DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

NOVIEMBRE 2025

RESUMEN
EJECUTIVO

Con el aval de:



AUTORES

Paula Pereira-Bouzas

Eloy Vicente

Mariana Pachón

Eduardo Gonzalo

Álvaro Hidalgo-Vega

Elena García

Comité de expertos

Dr. Diego Bellido Guerrero

Presidente, Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)

Dra. Irene Bretón Lesmes

Coordinadora del área de obesidad, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

Dr. José Martínez Olmos

Ex secretario general de Sanidad y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública

D. Federico Luis Moya

Presidente, Asociación Nacional de Personas que viven con Obesidad (ANPO)

Dra. Sagrario Pérez Castellanos

Subdirectora general de Estilos de Vida Saludables, Consejería de Sanidad de Galicia

Dra. Ana Segura Grau

Secretaria General de la Junta Directiva Nacional, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

D. José Luis Trillo Mata

Jefe de Servicio de Prestación Farmacéutica. Consejería de Sanidad, Comunidad Valenciana

Edita

© Fundación Weber

C/ Moreto 17, 5º Dcha. 28014, Madrid

Coordinación editorial:

weber@weber.org.es

ISBN: 979-13-990350-5-6

D.L.: M-22897-2025

DOI: <https://doi.org/10.37666/130-2025>

Madrid, noviembre de 2025

Este contenido tiene carácter informativo y divulgativo. Ante cualquier duda, consulte con su profesional sanitario.

ÍNDICE

LA OBESIDAD, UN DOBLE DESAFÍO: DE SALUD Y MACROECONÓMICO	7
LA MAGNITUD DEL PROBLEMA EN ESPAÑA	7
OBJETIVOS Y ENFOQUE METODOLÓGICO	8
METODOLOGÍA: UN MODELO ECONÓMICO CON PERSPECTIVA SOCIAL	8
Fuentes de información y validación basada en la evidencia	9
Complicaciones clínicas incluidas	9
Tipología de costes monetizados	9
RESULTADOS	9
Más allá del peso: el coste de las complicaciones clínicas	10
El valor social de las intervenciones efectivas	11
Impacto económico y social de la inversión en salud	11
Valor social en calidad de vida	12
IMPLICACIONES ESTRATÉGICAS	13
Hacia un abordaje integral	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

LA OBESIDAD, UN DOBLE DESAFÍO: DE SALUD Y MACROECONÓMICO

La obesidad se ha consolidado como un desafío sanitario y social de primer orden en España y a nivel mundial, debido a su elevada prevalencia, su naturaleza compleja y sus profundas repercusiones económicas¹⁻⁵.

El informe elaborado por la Fundación Weber, con el apoyo de Lilly, cuantifica por primera vez en nuestro país el valor social derivado de un mejor control del exceso de peso. Este concepto se entiende como el beneficio que las intervenciones eficaces aportan a la sociedad, no solo en términos clínicos, sino también mediante la mejora de la calidad de vida, la productividad y la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como una enfermedad multifactorial, crónica y compleja, caracterizada por una acumulación anómala o excesiva de tejido adiposo que compromete la salud en múltiples dimensiones y reduce la esperanza de vida⁶.

La tendencia creciente de esta patología representa un desafío de primera magnitud para los sistemas sanitarios y la economía social y de los cuidados. En España, según datos de la Encuesta de Salud de España (ESdE), su elevada prevalencia, con un 39,8% de la población en situación de sobrepeso y un 15,2% de obesidad, genera un impacto sanitario, económico y social de gran magnitud⁷.

La proyección a 2030 en España indica un crecimiento sostenido de los costes sanitarios directos desde los 2.000 millones de euros anuales de la actualidad hasta los 3.000 millones, junto con pérdidas macroeconómicas superiores al 3% del PIB⁸. El análisis evidencia que las complicaciones clínicas son el principal motor del gasto sanitario, lo que refuerza la urgencia de estrategias centradas en su prevención.

Al tratarse de una patología crónica, progresiva y recidivante, el objetivo terapéutico no debe centrarse exclusivamente en la reducción del IMC o el peso, sino en lograr resultados en salud en cada individuo. Este objetivo se traduce en prevención, detección y tratamiento adecuado del exceso de peso y de las complicaciones clínicas que acompañan a la obesidad en el corto, medio y largo plazo⁹. La evidencia científica muestra que pérdidas de peso de entre el 5 y 15% producen mejoras significativas en la salud (reduciendo el riesgo de diabetes tipo 2, apnea obstructiva del sueño, hipertensión arterial, enfermedad hepática, artrosis e insuficiencia cardíaca) y que reducciones superiores al 10% disminuyen hasta en un 24% los eventos cardiovasculares a largo plazo. En términos económicos, una reducción del 15% del peso corporal en 100.000 personas podría suponer en España ahorros de 105 millones de euros en 10 años^{8,10}.

La obesidad muestra además una marcada brecha social, duplicándose la prevalencia en hogares con menos ingresos y barrios más deprimidos², un reto que precisa un abordaje desde una perspectiva de salud pública, con un enfoque poblacional e integral que actúe sobre los determinantes sociales, que promueva cambios estructurales y legislativos mediante políticas públicas, que vayan un paso más allá de las estrategias preventivas y de promoción de la salud¹⁻⁴.

A pesar de requerir inversión inicial, las intervenciones en obesidad resultan altamente coste-efectivas, generando beneficios económicos, sociales y sanitarios que superan con creces su coste. Su éxito depende del diseño, la cobertura y la coherencia intersectorial de las políticas implementadas. Por ello, la inversión en el abordaje de la obesidad debe entenderse como una estrategia de generación de valor social, que promueve equidad, salud y productividad, dejando de concebirse como una responsabilidad individual para ser reconocida como un problema sistémico y multifactorial, que requiere respuestas colectivas y multisectoriales^{11,12}.

La inacción representa, por tanto, un coste insostenible. Por ello, el presente informe se centra en

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

cuantificar el valor social generado por las intervenciones terapéuticas destinadas al diagnóstico precoz y al tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

OBJETIVOS Y ENFOQUE METODOLÓGICO

El informe *Valor social de un mejor control en la obesidad en España* se sustenta en una estructura analítica rigurosa, diseñada para cuantificar el valor social de la inversión en estrategias dirigidas al control del exceso de peso.

El presente estudio tiene, por tanto, como objetivo principal estimar el valor social derivado de un mejor control de la obesidad en España, entendiendo este valor como el conjunto de beneficios que las intervenciones eficaces aportan a la sociedad en términos de salud, productividad y bienestar. De manera específica, se persiguen dos metas complementarias:

1. Identificar los impulsores de valor en la reducción de la obesidad y el sobrepeso; es decir, los factores clínicos, sociales y económicos que generan el mayor impacto positivo en la salud y la calidad de vida de las personas.
2. Cuantificar el impacto clínico, asistencial y económico por paciente, desde una perspectiva social integral, incorporando tanto los costes directos e indirectos como los efectos sobre la productividad y la cohesión social.

Estos objetivos permiten disponer de una base sólida para orientar políticas públicas y estrategias de salud que prioricen la inversión en intervenciones coste-efectivas, capaces de generar retornos tangibles en términos de salud y valor social.

METODOLOGÍA: UN MODELO ECONÓMICO CON PERSPECTIVA SOCIAL

El estudio se fundamenta en el desarrollo y aplicación de un modelo económico con perspectiva social, diseñado para cuantificar el impacto del control del exceso de peso más allá del

ámbito sanitario. Según la OMS, el valor social representa el conjunto de beneficios generados para la sociedad por una intervención o inversión, incluyendo tanto beneficios monetarios como no monetarios, visibles o intangibles, reflejando la importancia de capturar resultados que trascienden el retorno financiero, integrando bienestar, equidad, sostenibilidad y cohesión social¹³.

En el contexto de este informe, el valor social se materializa en los ahorros generados por la mejora de los resultados en salud, la optimización del uso de recursos sanitarios directos e indirectos, el incremento de la productividad laboral, la mejora de la calidad de vida de los pacientes y el refuerzo de su participación social y comunitaria, mejorando el bienestar de los individuos.

El cálculo del valor social es una de las técnicas de modelado de la valoración económica de una tecnología sanitaria, mediante la cual se valora el impacto que diferentes eventos (causas) tendrán sobre una población de pacientes con una patología determinada y diferentes complicaciones clínicas asociadas. A su vez, cada complicación clínica puede tener diferentes costes para el sistema nacional de salud, para la sociedad, para los propios pacientes y familiares, incluyendo costes intangibles.

El modelo se estructura así sobre una base analítica, considerando diferentes horizontes temporales y escenarios de intervención:

- Horizontes temporales: se analizaron periodos de 1, 3 y 5 años (referidos a 2025, 2028 y 2030, respectivamente), con el fin de evaluar la evolución del impacto en el corto, medio y largo plazo.
- Escenarios simulados: el análisis incorpora distintos niveles de exceso de peso (sobrepeso, obesidad I, II y III) y porcentajes de reducción ponderal (5-10%, >10-15%, >15-20% y >20-25%), así como su repercusión en el manejo y la evolución de las complicaciones clínicas asociadas a la obesidad.

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

Fuentes de información y validación basada en la evidencia

La metodología empleada en este estudio se fundamentó en una exhaustiva revisión de la literatura nacional e internacional que tuvo como objetivo recopilar y analizar la evidencia disponible sobre el impacto sanitario y social del exceso de peso, su epidemiología, los costes asociados a las complicaciones clínicas y las limitaciones en calidad de vida y funcionalidad de los pacientes.

Con el fin de garantizar la solidez y validez del análisis, los datos obtenidos fueron contrastados y validados por un comité de expertos multidisciplinar, integrado por especialistas clínicos representantes de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), expertos en gestión sanitaria (Jefatura de Servicio de Prestación Farmacéutica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Subdirección General de Estilos de Vida Saludables de la Consejería de Sanidad de Galicia y un Ex Secretario General de Sanidad), así como un representante de pacientes a través de la Asociación Nacional de Personas que viven con Obesidad (ANPO).

Complicaciones clínicas incluidas

La literatura científica, citada en el informe, señala que existen más de 200 complicaciones clínicas asociadas a la obesidad desde una perspectiva mecanicista, subrayando la naturaleza sistémica y crónica de la enfermedad¹⁴. En el desarrollo del modelo económico y con el objetivo de monetizar no solo la reducción del peso corporal sino la cadena de eventos asociados, se seleccionaron las complicaciones más prevalentes y con mayor evidencia científica, validadas por el grupo de expertos, asociadas a un mejor control del peso. Se consideraron finalmente 18 complicaciones de inicio, que posteriormente se desglosaron en 29 estados de gravedad o manejo clínico diferentes para un cálculo de costes más ajustado.

Tipología de costes monetizados

El cálculo del valor social derivado del control del exceso de peso se estructuró a partir de la monetización de cuatro grandes categorías de costes, permitiendo capturar de forma integral tanto los impactos directos sobre el sistema sanitario como los efectos económicos y sociales más amplios asociados al bienestar de la población.

- 1. Costes directos:** corresponden a los gastos asociados de manera inmediata a la condición clínica, incluyendo tanto los costes sanitarios (asistencia médica, farmacoterapia, hospitalizaciones) como los no sanitarios, entre ellos los gastos de bolsillo asumidos por los pacientes y sus familias.
- 2. Costes indirectos:** representan las pérdidas de productividad laboral vinculadas al absentismo, presentismo, incapacidad temporal o permanente y mortalidad prematura.
- 3. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):** se cuantificó mediante los valores de utilidad del cuestionario EQ-5D, que permiten traducir los cambios en el estado de salud en términos económicos y sociales, integrando así una dimensión humana y de bienestar al análisis de valor social.
- 4. Costes intangibles:** se estimaron a través de la valoración económica del bienestar individual, utilizando las puntuaciones del cuestionario SF-36 y los gastos medios del INE por categorías de actividad (movilidad, ocio, autocuidado). El incremento del gasto en estas áreas se interpretó como una ganancia en valor social, reflejando una mejora en la participación social y comunitaria, y calidad de vida de los pacientes.

RESULTADOS

El estudio cuantifica el coste de la inacción y establece la línea base del gasto actual asociado al exceso de peso (sobrepeso y obesidad) y sus múltiples complicaciones clínicas en España.

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

La obesidad se ha consolidado como uno de los principales desafíos sanitarios en España, afectando al 15,2% de la población adulta, mientras que el 39,8% presenta sobrepeso⁷. Las proyecciones, validadas por el comité multidisciplinar de expertos, anticipan un incremento considerable de la población con exceso de peso que pasaría de 27,1 millones de personas en 2025 a 29 millones en 2028 y podría alcanzar hasta aproximadamente 30 millones en 2030, si no se implementan intervenciones efectivas.

Las estimaciones del informe revelan que la optimización del control de la obesidad y el sobrepeso podría generar un ahorro significativo en España en los próximos años. Este ahorro, también calificado como “valor social”*, se sitúa entre 44.708 y 178.422 millones de euros en costes directos e indirectos, y entre 8.323 y 17.019 millones de euros en mejoras en la calidad de vida. Estas cifras corresponden al rango que va desde una reducción de peso moderada (5-10%) hasta la más elevada (>20-25%).

Más allá del peso: el coste de las complicaciones clínicas

La obesidad se asocia frecuentemente a múltiples complicaciones clínicas que impactan directamente en la calidad de vida y en el sistema sanitario. Este estudio ha analizado 18 complicaciones, que se pueden agrupar por sistemas en: cardiovasculares (CV), entre las que se incluyen el ictus, síndrome coronario agudo (SCA) e insuficiencia cardíaca (IC); metabólicas, donde se encuentran la prediabetes, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, gota, síndrome del ovario poliquístico (SOP) y el hígado graso asociado con la disfunción metabólica (MAFLD), y otras en las que agrupamos la depresión y ansiedad, la enfermedad renal crónica (ERC), la apnea obstructiva del sueño (AOS), el asma, la albuminuria, el reflujo gastroesofágico y

la osteoartritis. De estas, las más frecuentes son la HTA, la prediabetes, la DM2, MAFLD, AOS, ERC y diversas enfermedades cardiovasculares (MACE – eventos cardiovasculares adversos mayores).

El coste directo e indirecto derivado del análisis de todas las complicaciones clínicas con sus correspondientes prevalencias según el IMC alcanza los 292.363 millones de euros en 2025, de los cuales 130.593 millones de euros corresponden exclusivamente a la obesidad. Se proyecta que en 2030 el coste aumente hasta los 326.565 millones de euros para la población con exceso de peso o a 151.085 millones de euros en el caso de la obesidad.

Tomando como referencia una población estimada de 27.095.777 personas con exceso de peso en 2025, de las cuales 7.488.287 presentan obesidad, se calcula un gasto medio anual por persona de 10.790 euros para el conjunto de la población con exceso de peso y de 17.440 euros para las personas con obesidad. Para 2030, se prevé que la población con exceso de peso ascienda a 29.932.488 personas, de las cuales 8.663.303 tendrán obesidad.

El análisis detalla que el coste estimado (directo e indirecto) por paciente y año de las complicaciones clínicas más prevalentes es de 970,47 euros la HTA; 322,98 euros la dislipidemia; 76,08 euros la prediabetes (en caso de progresar a DM2 incrementaría el gasto hasta 2.071 euros si el paciente logra un control estricto o 3.134 euros con un mal control de la patología); 5.720 euros la AOS; 1.321 euros la enfermedad del hígado graso asociada a disfunción metabólica (en caso de progresar a estados con fibrosis donde el gasto sería de 3.639 euros en fase temprana y 10.582 euros en la fase avanzada); MACE conformado por el ictus, cuyo coste asciende a 44.088 euros, SCA con un coste asociado de 18.265 euros e IC 29.343 euros por paciente al año, y la ERC con un coste desde 10.378 euros en los grados más iniciales hasta 17.140 euros en los más avanzados.

* La ausencia de datos encontrados en la literatura científica para el tramo de reducción de peso >15-20% en 2 de las complicaciones CV con mayor relevancia, ictus y SCA, provoca un sesgo en este tramo que desvirtúa el resultado total al estar infraestimado. Se esperaría que el total fuese significativamente superior en el momento en el que se incluyan dichas complicaciones. El único dato CV que se está considerando en ese tramo corresponde a la IC. Para los restantes se asume el mismo valor que el tramo inmediatamente inferior.

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

El análisis de los costes indirectos por persona, derivados del absentismo laboral, presentismo, incapacidad temporal y permanente y mortalidad prematura revela que constituyen una proporción sustancial del impacto económico total. En la HTA, los costes indirectos suman alrededor de los 72 euros por paciente al año; en la AOS suponen en torno a 437 euros; para los MACE, el ictus alcanza los 8.162 euros en el primer año, derivado principalmente de la pérdida de productividad laboral del cuidador, el SCA en torno a 9.500 euros y la IC asciende a 5.315 euros anuales. En la ERC oscilan entre 6.300 y 7.000 euros, en función del nivel de gravedad, por paciente al año. Destaca de forma particular la depresión y ansiedad, cuyo ahorro derivado de las mejoras de una reducción de peso se vehicula exclusivamente a través de los costes indirectos, que se encuentran en torno a los 3.688 euros por paciente al año, reflejando el impacto en la capacidad laboral y la pérdida de años de vida productiva.

El impacto trasciende lo clínico y afecta también al bienestar social: el 96% de las personas con obesidad experimenta afectación emocional, el 66% ha sufrido discriminación en entrevistas laborales, y el 71% no ha tenido acceso a atención psicológica pese a necesitarla. A nivel económico, el estudio ha evidenciado los costes intangibles que la obesidad genera en limitaciones que abarcan la movilidad (el 74% de los pacientes está afectado), ocio (59%), y autocuidado (57%)¹⁵. Como consecuencia, las personas con obesidad invierten anualmente en estas actividades solo 941 euros, frente a los 2.520 euros de la población general¹⁶. Esta brecha no constituye un ahorro voluntario, sino que refleja las barreras que la obesidad impone para la participación social y el disfrute de la vida, representando una pérdida significativa de bienestar y calidad de vida.

El valor social de las intervenciones efectivas

La investigación analiza cuatro escenarios de reducción de peso demostrando una relación clara: a mayor pérdida de peso, mayores beneficios clínicos y económicos.

- Las **reducciones de peso moderadas (5-10%)**, asociadas mayoritariamente a cambios de estilo de vida, logran la supresión de medicación antihipertensiva en el 48% de los pacientes y la remisión de la apnea obstructiva del sueño en el alrededor del 21%^{17,18}.
- Con **reducciones de peso medias (>10-15%)**, en prediabetes, el 84% de los pacientes normaliza los niveles de glucemia y el 57% de los diabéticos de tipo 2 consigue un control estricto. La insuficiencia cardíaca muestra reducción del 35% de la mortalidad; la función renal mejora un 16%, y la apnea obstructiva del sueño alcanza una remisión en torno al 14% con una reducción del 60% de los casos graves^{17,19-22}.
- Los beneficios se multiplican con **reducciones de peso altas (>15-20%)**. El 86% de los pacientes con DM2 logra el control estricto; alrededor del 66% normaliza la presión arterial, y el 42% logra remisión de la apnea obstructiva del sueño. En osteoartritis, en torno al 78% reduce el dolor significativamente. El 80% presenta mejoras en enfermedad del hígado graso no alcohólico y el 75% de mujeres con síndrome del ovario poliquístico recupera la ovulación^{17,23-27}.
- Las **reducciones de peso muy altas (>20-25%)**, asociadas actualmente a la cirugía bariátrica, ofrecen beneficios máximos. El riesgo cardiovascular se reduce un 70% y la remisión de la apnea obstructiva del sueño alcanza el 55%. El 89% de los pacientes mejora la función renal, el 85% logra la remisión de la enfermedad del hígado graso no alcohólico, alrededor del 82% suprimen la medicación para el control del asma, el 100% de las mujeres con síndrome del ovario poliquístico logra ovulación y posibilidad de embarazo^{28,33}.

Impacto económico y social de la inversión en salud

La implementación de intervenciones efectivas generaría valor social en distintas áreas según el grado de reducción de peso alcanzado. Atendiendo a los costes directos e indirectos se alcanza un valor social de:

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

Para la población con exceso de peso (N=27.095.777):

2025	5-10%	>10-15%	>15-20%	>20-25%
CV	23.532.710.839 €	25.203.221.230 €	30.453.117.357 €	92.381.303.775 €
Metabólicas	8.273.734.603 €	13.074.954.068 €	13.171.120.496 €	17.942.759.335 €
Otras	8.054.384.354 €	16.433.773.668 €	30.619.634.146 €	49.464.395.232 €
Total	39.860.829.796 €	54.711.948.966 €	74.243.871.999 €	159.788.458.342 €

Para la población con obesidad (N=7.488.287):

2025	5-10%	>10-15%	>15-20%	>20-25%
CV	8.665.777.602 €	9.290.501.166 €	11.340.036.656 €*	34.144.714.556 €
Metabólicas	5.080.876.168 €	7.748.320.109 €	5.933.777.515 €	10.152.801.605 €
Otras	6.608.277.415 €	8.879.072.312 €	17.775.426.043 €	26.254.270.450 €
Total	20.354.931.184 €	25.917.893.587 €	35.049.240.214 €	70.551.786.611 €

Teniendo en cuenta la consideración de datos que se ha mencionado del ámbito cardiovascular, se estima que las pérdidas de peso más significativas (superiores al 15-20% o 20-25%) generan un ahorro aproximadamente 2,5 veces mayor que las reducciones moderadas (5-10%). Estos datos evidencian que, a mayor pérdida de peso, mayor será el beneficio económico total.

Las proyecciones para 2028 sitúan el coste total del manejo de la población con exceso de peso en torno a los 315 mil millones de euros, con potenciales ahorros en costes directos e indirectos alrededor de 43 mil millones; 59 mil millones; 80 mil millones*, y 172 mil millones de euros según los cuatro escenarios de reducción de peso.

Para 2030, el coste total estimado se situaría en 327 mil millones de euros, con un ahorro alrededor de los 45 mil millones; 61 mil millones; 83 mil millones*, y 178 mil millones de euros, respectivamente.

En el caso de la población con obesidad exclusivamente el coste total en 2028 alcanzaría en torno a

los 143 mil millones de euros con potenciales ahorros en costes directos e indirectos alrededor de 22 mil millones; 28 mil millones; 38 mil millones*, y 77 mil millones de euros según los cuatro escenarios. En 2030 el gasto incrementaría hasta los 151 mil millones de euros aproximadamente con potenciales ahorros en torno a los 24 mil millones; 30 mil millones; 41 mil millones*, y 82 mil millones de euros, respectivamente.

Valor social en calidad de vida

La mejora en calidad de vida asociada a las transiciones entre categorías de peso genera valor social adicional. Las estimaciones para distintos horizontes temporales, considerando rangos de reducción de peso desde moderados (5-10%) hasta elevados (>20-25%), reflejan un incremento progresivo de este valor.

Se estima que para 2025, los ahorros anuales en calidad de vida oscilen entre 7.353 y 15.113 millones de euros en la población con exceso de peso, y entre 4.094 y 8.534 millones de euros en la población con obesidad. A modo de ejemplo, una reducción de

* La ausencia de datos encontrados en la literatura científica para el tramo de reducción de peso >15-20% en 2 de las complicaciones CV con mayor relevancia, ictus y SCA, provoca un sesgo en este tramo que desvirtúa el resultado total al estar infraestimado. Se esperaría que el total fuese significativamente superior en el momento en el que se incluyan dichas complicaciones. El único dato CV que se está considerando específico en ese tramo corresponde a la IC. Para los restantes se asume el mismo valor que el tramo inmediatamente inferior.

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

entre el 5 y el 10% de peso provocará la transición de obesidad grado II a obesidad grado I, generando un ahorro de 1.708 € por persona, mientras que, una pérdida de peso >20-25% supondrá una transición de obesidad grado II a sobrepeso, lo que se traduce en un ahorro de 3.355 € por persona.

Para 2028, el valor social aumentaría a rangos entre 8.000 y 16.342 millones de euros en la población con exceso de peso, y entre 4.510 y 9.374 millones de euros en aquella con obesidad.

Para 2030, estas cifras alcanzarían entre 8.323 y 17.019 millones de euros en la población con exceso de peso, y entre 4.755 y 9.883 millones de euros en la población con obesidad.

Estas cifras subrayan la magnitud del beneficio de intervenciones efectivas para el control del exceso de peso, considerando no solo la perspectiva del sistema sanitario sino el valor agregado para la sociedad en su conjunto.

IMPLICACIONES ESTRATÉGICAS

Los datos confirman que la obesidad debe ser tratada como una prioridad de salud pública de carácter estructural, cuyo abordaje requiere estrategias coordinadas entre los ámbitos sanitario, educativo, comunitario y económico. El enfoque debe evolucionar desde la intervención centrada en el individuo hacia una política nacional integral, basada en la evidencia científica, la prevención de complicaciones y la mejora sostenida del bienestar y la productividad social.

La evidencia es clara: prevenir y tratar la obesidad no es un gasto, sino una inversión en salud, bienestar y productividad. Promover un abordaje integral, basado en resultados en salud y en generación de valor social, constituye una oportunidad estratégica para avanzar hacia un sistema sanitario más eficiente, equitativo y sostenible.

Hacia un abordaje integral

Debido a la multiplicidad de causas en el origen de la obesidad, diversas publicaciones han analizado el impacto de los determinantes sociales en su instauración. Así, en el exceso de peso se observa una clara desigualdad social, hasta el extremo de observarse el doble de prevalencia en hogares de bajos ingresos y barrios desfavorecidos². Por ello, en España se han impulsado estrategias institucionales, tanto a nivel nacional como autonómico, generalmente en el ámbito preventivo, actuando sobre los determinantes sociales, fomentando entornos saludables o promoviendo políticas públicas.

Sin embargo, este enfoque preventivo ha resultado insuficiente a la luz de la creciente prevalencia de esta condición. Por ello, este informe realizado por la Fundación Weber analiza el impacto económico y social de las complicaciones clínicas vinculadas al exceso de peso y valora el efecto de intervenciones eficaces.

Su análisis concluye que el coste de no prevenir ni tratar la obesidad será mucho mayor que el ahorro que supone intervenir y propone un cambio de paradigma: centrar los objetivos terapéuticos no en la reducción de peso, sino en la prevención y tratamiento de complicaciones clínicas, mejorando así la esperanza y calidad de vida³⁴.

Este informe subraya también la necesidad de reconocer la naturaleza compleja y multifactorial de la obesidad y eliminar el estigma asociado, apostando por estrategias integrales que incluyan desde intervenciones en estilo de vida hasta opciones farmacológicas y quirúrgicas según las necesidades individuales de cada paciente. El acceso equitativo a intervenciones de eficacia demostrada, especialmente aquellas que permiten reducciones desde el 5% hasta el 25% de peso, representa una inversión social con retornos múltiples para personas, familias y el sistema sanitario³⁵.

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
2. Gobierno de España. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022–2030). Madrid:Gobierno de España; 2022.
3. Martínez Rubio A, Soto Moreno AM, Ramírez de Arellano A, Oliver B, Lama C. Plan integral de obesidad infantil de Andalucía: 2007-2012. Consejería de Salud; 2006.
4. Serral G, Sánchez F, Ariza C. Programa de Prevenció de l'Obesitat Infantil de Barcelona (Projecte POIBIN). Agència de Salut Pública de Barcelona; 2019.
5. Ministerio de Sanidad. Real Decreto 763/2024, de 30 de julio, por el que se crea el Comité Interministerial de seguimiento e impulso del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil. 2024.
6. Lecube, Azcona, Azriel, Baile, Barreiro, Blay. ^{2ª} edición Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas.
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Salud de España (ESdE) 2023. Madrid: INE; 2025.
8. Ballesteros-Pomar MD, Rodríguez-Urgellés E, Sastre-Belío M, Martín-Lorenzo A, Schnecke V, Segú L, et al. Assessment of the Potential Clinical and Economic Impact of Weight Loss in the Adult Population with Obesity and Associated Comorbidities in Spain. *Adv Ther*. 2025;42(2):1265-82, doi: 10.1007/s12325-024-03094-3.
9. Carretero Gómez J, Fernández Rodríguez JM, Michan Doña A, Miramontes González JP, González Soler JJ, Pérez Soto MI, et al. From obesity to comorbidities: a comprehensive care approach for improved health by the Spanish Society of Internal Medicine. *Rev Clínica Esp Engl Ed*. 2025;502352, doi: 10.1016/j.rceng.2025.502352.
10. Gregg EW. Association of the Magnitude of Weight Loss and Physical Fitness Change on Long-term CVD outcomes: The Look AHEAD Study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;4(11):913-21, doi: 10.1016/S2213-8587(16)30162-0.
11. Alrubaian F, Mulla Z. Governments policy measures to address obesity among adults: a scoping review of the global evidence. *The Lancet*. 2023;402:S20, doi: 10.1016/S0140-6736(23)02132-3.
12. Loring B, Robertson A. Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2014.
13. Hamelmann C, Turatto F, Then V, Dyakova M. Social return on investment: accounting for value in the context of implementing Health 2020 and the 2030 Agenda for Sustainable Development. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2017. (Investment for Health and Development Discussion Paper).
14. Yuen MMA. Health Complications of Obesity: 224 Obesity-Associated Comorbidities from a Mechanistic Perspective. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2023;52(2):363-80, doi: 10.1016/j.gtc.2023.03.006.
15. Alianza por la Obesidad. Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España. 2023.
16. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF). Año 2024. Resultados definitivos. Madrid: INE; 2025.
17. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet*. 2018;391(10120):541-51, doi: 10.1016/S0140-6736(17)33102-1.
18. Kuna ST, Reboussin DM, Borradaile KE, Sanders MH, Millman RP, Zammit G, et al. Long-Term Effect of Weight Loss on Obstructive Sleep Apnea Severity in Obese Patients with Type 2 Diabetes. *Sleep*. 2013;36(5):641-9, doi: 10.5665/sleep.2618.
19. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med*. 2021;384(11):989-1002, doi: 10.1056/NEJMoa2032183.
20. Packer M, Zile MR, Kramer CM, Baum SJ, Litwin SE, Menon V, et al. Tirzepatide for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity. *N Engl J Med*. 2025;392(5):427-37, doi: 10.1056/NEJMoa2410027
21. Salah T, Al-Badri M, Almasih Barbar Askar A, Khater A, Dhaver Se, Mottalib A, et al. 408-P: Long-Term Improvement in Renal Function following Intensive Lifestyle Intervention in Patients with Diabetes and Obesity—A 15-Year Longitudinal Study. *Diabetes*. 2024;73(Supplement_1):408-P, doi: 10.2337/db24-408-P.
22. Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, Millman R, Zammit G, Newman AB, et al. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes: the Sleep AHEAD study. *Arch Intern Med*. 2009;169(17):1619-26, doi: 10.1001/archinternmed.2009.266.

RESUMEN EJECUTIVO

VALOR SOCIAL DE UN MEJOR CONTROL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 23.** Unick JL, Beavers D, Jakicic JM, Kitabchi AE, Knowler WC, Wadden TA, et al. Effectiveness of Lifestyle Interventions for Individuals With Severe Obesity and Type 2 Diabetes: Results from the Look AHEAD trial. *Diabetes Care*. 2011;34(10):2152-7, doi: 10.2337/dcl1-0874.
- 24.** Malhotra A, Grunstein RR, Fietze I, Weaver TE, Redline S, Azarbarzin A, et al. Tirzepatide for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Obesity. *N Engl J Med*. 2024;391(13):1193-205, doi: 10.1056/NEJMoa2404881.
- 25.** Bliddal H, Bays H, Czernichow S, Hemmingsson JU, Hjelmæsæth J, Morville TH, et al. Once-Weekly Semaglutide in Persons with Obesity and Knee Osteoarthritis. *N Engl J Med*. 2024;391(17):1573-83, doi: 10.1056/NEJMoa2403664.
- 26.** Koutoukidis DA, Mozes FE, Jebb SA, Tomlinson JW, Pavlides M, Saffioti F, et al. A low-energy total diet replacement program demonstrates a favorable safety profile and improves liver disease severity in nonalcoholic steatohepatitis. *Obes Silver Spring Md*. 2023;31(7):1767-78, doi: 10.1002/oby.23793.
- 27.** Palomba S, Giallauria F, Falbo A, Russo T, Oppedisano R, Tolino A, et al. Structured exercise training programme versus hypocaloric hyperproteic diet in obese polycystic ovary syndrome patients with anovulatory infertility: a 24-week pilot study. *Hum Reprod*. 2008;23(3):642-50, doi: 10.1093/humrep/dem391.
- 28.** Aminian A, Al-Kurd A, Wilson R, Bena J, Fayazzadeh H, Singh T, et al. Association of Bariatric Surgery With Major Adverse Liver and Cardiovascular Outcomes in Patients With Biopsy-Proven Nonalcoholic Steatohepatitis. *JAMA*. 2021;326(20):2031-42, doi: 10.1001/jama.2021.19569.
- 29.** Peromaa-Haavisto P, Luostarinen M, Juusela R, Tuomilehto H, Kössi J. Obstructive Sleep Apnea: The Effect of Bariatric Surgery After Five Years—A Prospective Multicenter Trial. *Obes Surg*. 2024;34(5):1544-51, doi: 10.1007/s11695-024-07124-5.
- 30.** Abernathy OL, Okut H, Paull-Forney BG, Schwasinger-Schmidt TE. Bariatric Surgery Improves Renal Function in Patients With Obesity. *Cureus*. 2021;13(8), doi: 10.7759/cureus.17458.
- 31.** Promrat K, Kleiner DE, Niemeier HM, Jackvony E, Kearns M, Wands JR, et al. Randomized controlled trial testing the effects of weight loss on nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology*. 2010;51(1):121-9, doi: 10.1002/hep.23276.
- 32.** Sultan S, Parikh M, Youn H, Kurian M, Fielding G, Ren C. Early U.S. outcomes after laparoscopic adjustable gastric banding in patients with a body mass index less than 35 kg/m². *Surg Endosc*. 2009;23(7):1569-73, doi: 10.1007/s00464-009-0341-6.
- 33.** Singh D, Arumalla K, Aggarwal S, Singla V, Ganie A, Malhotra N. Impact of Bariatric Surgery on Clinical, Biochemical, and Hormonal Parameters in Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Obes Surg*. 2020;30(6):2294-300, doi: 10.1007/s11695-020-04487-3.
- 34.** Cebrián Cuenca AM, Escalada J. Prevalencia de obesidad y diabetes en España. Evolución en los últimos 10 años. *Atención Primaria*. 2025;57(3):102992, doi: 10.1016/j.aprim.2024.102992.
- 35.** Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2025;13(3):221-62, doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4.



La carga económica asociada a la obesidad es de gran magnitud y, en gran medida, permanece oculta, al estar conformada no solo por el incremento sostenido de los costes sanitarios directos, sino también por la pérdida de capital humano y la reducción de la productividad laboral, que superan con creces el gasto destinado a la atención médica. En este sentido, revisiones sistemáticas y estudios recientes confirman que los costes indirectos (derivados del absentismo, presentismo, incapacidad laboral y mortalidad prematura) superan habitualmente a los costes sanitarios directos asociados a la población con obesidad y sobrepeso.

Asimismo, la evidencia científica señala que el estigma social vinculado a la obesidad no constituye un mero efecto secundario de la enfermedad, sino un factor activo que contribuye a su agravamiento a nivel biológico y genera barreras significativas para la búsqueda y el acceso a una atención sanitaria eficaz.

Con el aval de:

