

## **Comparecencia ante la Comisión de Sanidad del Senado de España**

**4 de marzo de 2025**

### **La obesidad desde la perspectiva de la Economía de la Salud Pública**

**D<sup>a</sup>. Beatriz González López-Valcárcel**, catedrática y economista de la salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

#### **Un problema de salud pública**

Buenos días, en primer lugar, queremos agradecer al Senado y a la Comisión de Sanidad la oportunidad de comparecer ante la cámara precisamente hoy 4 de marzo, día mundial de la obesidad, lo que sin duda contribuirá a poner la atención sobre este importante problema.

La obesidad, definida como exceso de adiposidad, es un problema de salud complejo y un factor de riesgo para el **desarrollo de enfermedades graves** como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, musculoesqueléticas, ciertos tipos de cáncer, problemas de salud mental, etc. La **obesidad clínica es una enfermedad crónica** en la que el exceso de adiposidad está afectando al funcionamiento de órganos y tejidos<sup>1</sup>. Globalmente, en 2021 el 5,5% (3,7 millones) de las muertes en el mundo son atribuibles a la obesidad<sup>2</sup>.

Entre 2000 y 2021, el exceso de Índice de Masa Corporal (obesidad y sobrepeso) ha aumentado a una tasa media del 1,8% anual, y la carga de enfermedad (Años de Vida Ajustados por Discapacidad, estandarizados por edad) aumentó un 15,7%<sup>3</sup>. De ahí que la OMS haya calificado a la obesidad como una de las **"epidemias del siglo XXI"**.

En España, la prevalencia de obesidad en adultos es estable en torno al 16% (hay unos 6 millones de personas obesas), pero el sobrepeso está en aumento. En torno al 39% de los niños entre 6 y 9 años sufre sobrepeso u obesidad. Esto es 10 puntos

---

<sup>1</sup> Rubino, F., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Cohen, R. V., Wilding, J. P., Brown, W. A., ... & Mingrone, G. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-8587%2824%2900316-4>

<sup>2</sup> IHME, Global Burden of Disease <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (acceso 28 febrero 2025)

<sup>3</sup> GBD 2021 Risk Factors Collaborators. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 16 May 2024. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00933-4.

porcentuales por encima del promedio europeo<sup>4</sup>. Al exceso de IMC se atribuyen en España en 2021 34.460 fallecimientos (el 8,2% del total).

Además, hay un importante gradiente social: la tasa de obesidad en España es el doble entre personas con educación primaria o secundaria que entre personas con educación superior (10% vs. 21%). Por tanto, las políticas contra la obesidad son también políticas de equidad.

Es fundamental comprender que las medidas necesarias para luchar frente a la obesidad trascienden el sector sanitario y deben acometerse también desde las políticas sociales, urbanas, culturales y económicas. Es el paradigma de la Salud en Todas las Políticas. Un informe de la OMS de 2022<sup>5</sup> afirma que *"afrentar la obesidad debe considerarse una responsabilidad social antes que individual. Hay que buscar las soluciones mediante la creación de entornos y comunidades que faciliten que las dietas sanas y la práctica regular de actividad física sean los comportamientos cotidianos más accesibles y económicamente asumibles. Detener el aumento de la obesidad requerirá **acciones multisectoriales** que puedan tener un impacto más directo sobre la enfermedad (como la producción de alimentos, el marketing y los precios) y otros dirigidos a los determinantes más amplios de la salud como la reducción de la pobreza y la planificación urbana"*. Se trata, pues, de modificar el entorno obesogénico más bien que medicalizar la obesidad<sup>6</sup>; adoptar un enfoque colectivo más que individual, y no solo actuar sobre la cola derecha de esa distribución (tratar a las personas obesas, de una en una).

---

<sup>4</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, Bernal-Delgado E, et al. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024, 26(3): i-187. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>5</sup> WHO acceleration plan to stop obesity. Informe 3 Julio 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634>

<sup>6</sup> Garattini, L. y G. Fattore (2025) Obesity epidemic in European countries: from an unaddressed risk factor to a medicalized disease? European Journal Health Economics

## Un reto global

La obesidad es un **reto global** con implicaciones para los **individuos, los sistemas sanitarios y las sociedades** en general.

- A nivel individual: impone riesgos significativos para la **salud**, en términos de **morbimortalidad**, pérdida de **calidad de vida**, **reducción de la productividad laboral** (que a su vez afecta a los ingresos), además del riesgo de sufrir **discriminación** (el estigma)
- Para los sistemas sanitarios: aumento de la **demandas asistencial** y mayor presión sobre sus **recursos** limitados. Mayor gasto sanitario en tratar complicaciones y problemas de salud asociadas a la obesidad, en parte propiciado por la falta de protocolos y vías clínicas del manejo de la obesidad en el SNS y el limitado papel de la AP.
- Para la sociedad en su conjunto: impone un coste social considerable y perpetua las desigualdades socioeconómicas

## Los costes de la obesidad

Desde la perspectiva social, la carga económica de la obesidad consiste en el agregado de dos tipos de costes:

- 1) **Costes sanitarios directos** de tratar la morbilidad atribuible a la obesidad (exceso de gasto en visitas a atención primaria, hospitales, urgencias, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, medicamentos)
- 2) **Costes indirectos**, que se relacionan con la pérdida de productividad laboral por desempleo, absentismo (faltas al trabajo), presentismo (menor rendimiento laboral), retiro y mortalidad prematuros.

La OCDE ha estimado que el coste total atribuible al sobrepeso y obesidad en España está entre el 2,4% y el 2,9% del PIB<sup>7</sup>. De media en los países de la OCDE, el 8,4% del gasto sanitario total se dedica a la atención de las complicaciones derivadas de la obesidad. En España, este porcentaje es mayor, el 9,7%<sup>7</sup>.

El coste sanitario directo de una persona con obesidad mórbida (IMC mayor de 35) es un 26% superior al de una persona de peso normal; las personas con obesidad

---

<sup>7</sup> OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>

leve (entre 30 y 35 de IMC) gastan un16% más<sup>8</sup>. El gasto sanitario directo se ha estimado en más de 2.000 millones de euros anuales<sup>9</sup>, y la pérdida de productividad por trabajador con obesidad en España ronda los 3.500 euros anuales<sup>9</sup>.

Además, aunque sean difíciles de cuantificar, la obesidad impone costes intangibles a las personas y a las familias, asociados a la discriminación y el estigma<sup>10</sup>.

Por otra parte, hay un **coste fiscal**, que consiste en la pérdida de ingresos para la Administración causada por la menor recaudación de impuestos directos (IRPF) e indirectos (IVA), a su vez debidos a la reducción de actividad y productividad laboral, y a la caída del consumo, derivada de la de ingresos, de las personas con obesidad. A ese coste, siempre bajo la perspectiva gubernamental, hay que añadir el coste sanitario directo financiado públicamente y el coste de las prestaciones económicas y pensiones asociadas al retiro prematuro y a la mortalidad de trabajadores con obesidad. Por ejemplo, Canadá, reconocido internacionalmente como un país líder en el manejo de obesidad con la adopción de la Guía de Práctica Clínica para la Obesidad en Adultos, ha estimado ese coste gubernamental en unos 752 dólares canadienses per cápita en 2021 (unos 500€). De ellos, el 40% corresponde a la pérdida de recaudación de impuestos directos, y la tercera parte sería coste sanitario público. Aunque no hay estudios específicos para España, y aunque la prevalencia de obesidad es menor aquí que en Canadá (16% vs 26%) sin duda la obesidad, también en España, tiene costes fiscales considerables.

---

<sup>8</sup> Mora, T., Gil, J., & Sicras-Mainar, A. (2015). The influence of obesity and overweight on medical costs: a panel data perspective. *The European Journal of Health Economics*, 16, 161-173.

<sup>9</sup> Ballesteros-Pomar MD 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 Feb;42(2):1265-1282. doi: 10.1007/s12325-024-03094-3. Epub 2025 Jan 18. PMID: 39825974; PMCID: PMC11787177.

<sup>10</sup> Vallejo-Torres, L., Morris, S., & Lopez-Valcarcel, B. G. (2018). Obesity and perceived work discrimination in Spain. *Applied Economics*, 50(36), 3870-3884.

## **Los beneficios de reducir la obesidad**

Sin duda, el mayor beneficio de reducir la obesidad es el valor de la salud y el bienestar ganados. Porque el objetivo del sistema de salud no es ahorrar ni recaudar, es la salud.

Además, la reducción de la obesidad disminuiría los costes de la atención sanitaria y sociosanitaria y de atención a la discapacidad. Se ha estimado<sup>9</sup> que una reducción mantenida del 15% del peso corporal en cada una de las personas con obesidad en España podría generar al cabo de 10 años ahorros de 105 millones de euros en gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud por cada 100.000 personas con obesidad.

Además, la reducción de la obesidad aumentaría la recaudación fiscal, tanto por la mayor actividad laboral como por el aumento del consumo.