

# IMPLICACIONES SOCIALES Y SANITARIAS DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

## SOCIAL AND HEALTH IMPLICATIONS OF MORBID OBESITY

Santiago Tamames Gómez

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid

### Palabras clave:

Obesidad;  
Medicina preventiva;  
Factores implicados;  
Gasto.

### Keywords:

Obesity;  
Preventive medicine;  
Involved factors;  
Economic spending.

### Resumen

“Hombre gordo y hombre enfermo, viene a ser lo mismo” La mesa mata más que la guerra” Refranero español.

La obesidad representa un problema de salud pública. En España, casi la mitad de la población tiene sobrepeso y se estima que más del 1% son obesos, con tendencia al aumento en los últimos cuarenta años.

Se calcula que la obesidad en España consume el 7% del gasto sanitario (aproximadamente 2.880 millones/año), lo que supone una gran carga económica al sistema sanitario español.

Actualmente, la cirugía bariátrica, introducida en el arsenal terapéutico desde julio de 2013, es el tratamiento más efectivo para lograr una pérdida de peso significativa y sostenida en pacientes con obesidad mórbida, con la consecuente mejora de comorbilidades asociadas y un menor riesgo cardiovascular.

### Abstract

Obesity represents a public health problem. In Spain, almost half of the population are overweight and it is estimated that more than 1% are obese, with a tendency to increase last forty years.

It is calculated that obesity in Spain, consumes 7% of health expenditure (approximately 2,880 million/year), which places a great economic burden on the Spanish health system. Currently, bariatric surgery, introduced in the therapeutic arsenal since July 2013, is the most effective treatment to achieve a significant and sustained weight loss in patients with morbid obesity, with the consequent improvement of associated comorbidities and a lower cardiovascular risk.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema complejo, pero si no hacemos algo rápido y por ahora parece que no, nuestra especie irá transformándose en más lenta y pesada en todos los sentidos. Recientes estadísticas de la OMS (Organización Mundial de la Salud) revelan hasta mil novecientos millones de personas con sobrepeso en el mundo, casi uno de cada cuatro, y puede llegar a uno de cada dos si no hacemos algo ya, con implicaciones sociales y sanitarias muy graves que de ella trataremos en este trabajo (1,2,3).

Actualmente constituye un importante problema de salud, que repercute tanto en la calidad como en la cantidad de vida. Plantea una serie de cuestiones de gran importancia que nos afectan a todos, refiriéndome a planos psicológicos, sociales, económicos y médicos.

El psicológico y social con grandes dificultades de autoestima, inestabilidad y depresión que aquejan este tipo de personas, así se disminuye la actividad laboral, social y sexual.

El económico, ya que representa un gran gasto con una implicación social de entre el cinco al 13% de la población, pues se trata de una enfermedad crónica asociada a un gran número de patologías como la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, la coronariopatía, la afección coronaria, la enfermedad tromboembólica venosa, la litiasis biliar, el reflujo gastroesofágico junto a la hernia hiatal, además de la gran importancia de la asociación con patología neoplásica como el cáncer de colon o recto.

A nivel respiratorio el síndrome de hipoventilación, la apnea del sueño y el síndrome de Pickwick, con sus consecuentes tratamientos médicos (C-PAP, B-PAP). No olvidemos la patología endocrina como diabetes, artrosis, osteoporosis, artritis, enfermedad discal intervertebral, gota, dermatitis diversas y micosis.

En las mujeres, se encuentra en íntima relación con irregularidades menstruales, infertilidad relativa, cáncer de mama, cáncer de endometrio y de cuello uterino.

### Autor para la correspondencia

Santiago Tamames Gómez  
Real Academia Nacional de Medicina de España  
C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid  
Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: stamamesg@gmail.com

## PREVALENCIA

En EEUU va en aumento, en concreto en las mujeres ha pasado de 27 a un 35%, y en los varones del 20 al 31%, con unos gastos médicos de más de cien mil millones de dólares.

En España, la prevalencia es en los mayores de 25 años de hasta el 20% y con un sobrepeso en más del 25% de la población (3,4)

Preocupa decir, que en la población infantil se ha pasado del 5% en 1984 a cerca del 20% en la actualidad; con un gasto sanitario de cerca de los 3.000 millones de euros.

En la Comunidad Autónoma de Madrid, alcanza a uno de cada tres adultos de entre 25 y 60 años; y a dos de cada cuatro. Y es que la adolescencia es un periodo crítico en la que se forjan muchos hábitos, entre los que, si no se tiene en cuenta, puede incluirse la costumbre de comer en demasía. Los adolescentes necesitan un alto aporte calórico, porque su organismo está en pleno desarrollo (5,6)

Esto no significaría necesariamente que tengan que comer enormes cantidades: no tienen por qué comer mucho más, sino que tienen que comer mejor (6).

De ahí que al acabar la adolescencia y dado que disminuyen sus necesidades energéticas, al haber adquirido la necesidad de consumir grandes cantidades de alimentos será difícil cambiar esta costumbre y habrá más posibilidades de que aparezca una obesidad (6,7,8)

Conviene recordar que el 80% de los adolescentes obesos continúan siendo obesos durante la edad adulta.

Mucho se ha hablado de una posible predisposición genética a la obesidad, de la herencia de ciertos mecanismos metabólicos, todavía no bien aclarados, debidos a los cuales el organismo tendría una tendencia al desarrollo del tejido adiposo. Y en la base de esta hipótesis figura el hecho de la elevada incidencia de obesidad en hijos de personas obesas: se calcula que alrededor del 85% de los hijos de padre y madre obesos también padecen ese trastorno (9).

Pero la verdad es que se trata de un razonamiento, por lo menos, discutible; un argumento que puede tender a justificar la situación, sirviendo como excusa para que no se actúe como corresponde. Porque si el resto de la familia es obesa hay otras razones para explicar esa coincidencia.

Como en otras cuestiones, resulta difícil discernir entre la influencia de los factores genéticos, los genes modificadores, los factores medioambientales generales y específicos, las influencias intrauterinas, la oportunidad y, por supuesto, el azar.

Es evidente que, si hay tantos niños obesos, es porque comen "mal". Se habla de la responsabilidad de la "comida basura", del exceso de "chuches", pero está claro que el problema es más global: se consumen demasiadas calorías, más de las que se necesitan incluso en plena época de crecimiento. En muchos casos además influye otro factor: el sedentarismo.

Si el niño mantiene actividades pasivas, si en vez de andar en bicicleta o jugar a la pelota se dedica preferentemente a mirar la televisión o sentarse delante de una consola de videojuegos, si se pasa buena parte de su tiempo ante un ordenador, gastará menos energías (10,11).

Así pues, si por un lado ingiere muchas calorías y por otro consume pocas, las cuentas son claras: el excedente se transformará en grasa que se acumulará en el tejido adiposo. Y algo también preocupante: si en plena infancia de adaptan hábitos sedentarios, lo más natural es que estos persistan en la vida adulta.

La alimentación es una necesidad, pero también es una actividad que se aprende: en nuestro medio, donde afortunadamente tenemos a mano infinidad de productos alimenticios, lo que tenemos que aprender es a elegir. Y en la elección de lo que comemos y de cómo lo comemos, influyen infinidad de factores culturales y ambientales. Si se aprende a elegir un modo de alimentarse que no nos conviene tendremos muchas dificultades de cambiar nuestro patrón alimentario en el futuro.

## FRACASO DIETÉTICO

Las causas de este fracaso se basan en cuatro pilares fundamentales:

- Influencia de la sociedad.
- Influencia de los medios de comunicación.
- La influencia de los profesionales de la medicina.
- El propio paciente obeso.

Existe como he dicho antes una mayor disponibilidad alimentaria, raciones cada vez más grandes, mayor densidad energética de los alimentos y un incremento significativo del consumo de bebidas azucaradas (10,11).

Curiosos y recientes estudios, han demostrado que el aumento del tamaño de las porciones servidas en un restaurante de manera inadvertida, tienen un efecto sobre el consumo calórico final. Sujetos que tomaron un 25% más de calorías en la comida, no experimentaron ningún cambio de saciedad ni de percepción en cuanto al volumen ingerido.

En estos últimos diez años se considera que el incremento a nivel poblacional en líneas generales en España ha sido del 10%, y debemos saber que por cada 10 Kg que se reduce el peso se comienza a reducir el gasto sanitario y la disminución de la mortalidad global en un 20%, del 30% de la diabetes y que alcanza el 40% de cáncer relacionado con la obesidad.

Todo ello en relación con una mejor tolerancia de la glucosa, mejoría de la hipertensión, de la hiperlipidemia, de la función pulmonar, mejor estado de las articulaciones, apareciendo como consecuencia una mayor autoestima, una mayor participación en la vida social, y como consecuencia de todo ello una prolongación de la vida.

Para ello se intentan poner remedios, tanto médicos como quirúrgicos, sin caer en el falso ideal de belleza de un “cuerpo Danone” ni que la delgadez sea sinónimo de éxito social (6).

Sin embargo, vivimos en un tiempo en el que el futuro se conjuga en presente y el presente envejece rápidamente. Se han pulverizado casi todas las barreras al conocimiento, lo han puesto al alcance de todo el mundo, cambiando por completo el hábito de consumo de una gran mayoría de personas. La sociedad actual condicionada en todo por la “inmediatez”, busca el peso ideal YA. Eso supone la proliferación de centros de estética que no solamente compiten, sino que frivolizan con tratamientos, banalizando y vendiéndolos casi al por mayor (6,11)

Los tratamientos médicos deberán estar siempre supervisados por personal cualificado y no digamos, de los tratamientos quirúrgicos que empezaron con las primeras cirugías a mediados del siglo XX y se han ido perfeccionando hasta la actualidad con técnicas mínimamente invasivas y de alto poder resolutivo.

## SOLUCIONES

La reconocida Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard publicó recientemente un informe especial titulado “*Obesidad: ¿podemos parar la epidemia?*” en el que resumen hasta siete estrategias para intentar acabar con el problema.

La buena noticia: parece que funcionan; la mala, hay que combinarlas para que lo hagan (5,11)

### Prevención, prevención y prevención

Sí, está claro, hay que luchar contra la obesidad. Sin embargo, la mejor forma de acabar con este problema es no tenerlo.

Prevenir la obesidad es la clave para evitar el problema y una buena manera de conseguirlo es fijarse en la obesidad de los que más difícil lo tienen para luchar contra ella por sí mismos: los niños.

Un estudio publicado en *The New England Journal of Medicine* en 2016, concluyó que aproximadamente el 85% de los niños con obesidad grave se convertirán en obesos adultos (12).

Medidas tan “aparentemente” sencillas como sustituir los refrescos y los zumos por agua podrían ser de ayuda.

Pero, más allá de los niños, el grupo sobre el que los expertos de Harvard creen que hay que actuar con contundencia es el de los adultos jóvenes, esos que empiezan ganando siete y ocho kilos a los 25 años y que tienen muchas posibilidades de convertirse en obesos a los 50.

Actuar sobre los productos que se venden en colegios e institutos, vigilar las ayudas a la alimentación, para que cuando alguien dependa de la ayuda social para comer,

sea para alimentarse de comida sana, o legislar sobre el contenido de sal de los alimentos son otras de las medidas que ayudarían a prevenir la obesidad.

### Interpretar la ciencia correctamente

Las recomendaciones dietéticas han variado enormemente en las últimas cuatro décadas, y de hecho hasta el punto que los expertos llegan a preguntarse si no serán los propios científicos los que han tenido que ver con el establecimiento del problema.

La razón: la ciencia en torno a la obesidad ha ido variando en estos años. Al principio, todo parecía sencillo, la grasa saturada y el colesterol eran los culpables de todos los males, pero entraron en la ecuación los carbohidratos, los distintos tipos de grasas y otros muchos conceptos, cambiando por completo el panorama.

Además de asesorarse con la ciencia mejor y más actual a la hora de establecer estrategias contra la obesidad, hemos de reconocer que dista de estar todo dicho. Desconocemos por qué algunos obesos no desarrollan las complicaciones propias de este factor de riesgo ni hasta qué punto los productos fermentados tienen propiedades beneficiosas para la salud.

La obesidad aún tiene que decir mucho en los laboratorios de todas las universidades.

### No basta con la lógica, hay que persuadir

Podría parecer que todo el mundo está de acuerdo en acabar con la obesidad porque, ¿a quién le interesa un mundo gordo y enfermo? Sin embargo, queda mucho por hacer.

Las “presiones” de distintos grupos, desde agricultores a empresas de alimentación y el impacto económico de algunas de las medidas más útiles frente a la obesidad hacen más que nunca necesaria la persuasión y, curiosamente, evitar la palabra obesidad y centrarse más en conceptos como salud pública puede ser la solución.

### Plano económico

Luchar contra la obesidad puede ser caro, al menos a corto plazo. Estrategias contra la obesidad infantil tardan años en dar beneficios y esto es algo que echa para atrás a cualquier legislador, que quiere que sus medidas se traduzcan en votos.

Sin embargo, la revista *Health Affairs* (11) publicó en 2015 un estudio que demostraba que había tres medidas que resultaban rentables de primeras, es decir, que se financiaban prácticamente solas.

- 1.- El impuesto a las bebidas azucaradas
- 2.- Las restricciones sobre la calidad de los alimentos vendidos en los colegios
- 3.- La eliminación de cualquier subsidio a las empresas que anuncien comidas insanas a los menores serían las medidas en cuestión.

Con estos datos en la mano, convencer a los políticos será mucho más fácil.

### **Multas e impuestos funcionan**

Ante un problema de este calibre, es fácil recurrir al "que cada uno haga lo que quiera". Al fin y al cabo, es difícil de creer que alguien que se alimenta de comida rápida no sepa que eso no es bueno para su salud ni se de cuenta de que la cifra que marca su báscula no deja de subir. Pero también podría decirse lo mismo del que fuma o del que conduce sin el cinturón de seguridad y, sin embargo, los gobiernos no han dudado en actuar contra ellos, a través de impuestos y de regulaciones legales. Así, los investigadores piden que se tome nota al abordar la obesidad.

### **Siembra lo que quieras que se coseche**

La sexta estrategia de Harvard es un mensaje a los agricultores, aunque también a los que influyen sobre ellos. "Los estadounidenses comemos en exceso lo que los granjeros producen en exceso", escriben en el informe.

Según datos de 2013, sólo el 2% de los campos de cultivo de EEUU se usan para plantar frutas y vegetales, frente al 59% dedicado a otros cultivos. Existe, según los autores, una clarísima contradicción entre lo que el Gobierno recomienda comer y los cultivos que subsidia y eso es lo que habría que cambiar.

Aunque el artículo habla de la situación estadounidense, está claro que la estrategia podría extrapolarse a la mayoría de países desarrollados.

### **Moviliza a la gente**

A principios de los 70, recuerdan en el documento, la tasa de mortalidad cardiovascular de Finlandia era de las mayores en el mundo. El asunto era aún peor en la región de Karelia del norte, donde la tasa era un 40% más alta. Así, en 1972 se lanzó el *North Karelia Project*, que se ha convertido en un modelo mundial de cómo salvar vidas transformando precisamente la forma de vivir.

Un equipo de entusiastas investigadores pasó horas reunido con la población local, asegurándoles que ellos tenían el poder para mejorar su propia salud. Lo hicieron en iglesias, grupos feministas, asociaciones de amas de casa y de cazadores; rehicieron las etiquetas de los alimentos -cuando eso era una entelequia- y se incentivó a los granjeros y agricultores a producir productos desnatados, entre otras medidas.

Cuando empezó el programa, más de un 80% de los habitantes acompañaban su pan de mantequilla, algo que sólo hace ahora el 10% de la población. Y así con todo.

Los investigadores se preguntan si sería posible trasladar ese modelo a EEUU -y por ende, a otros países desarrollados-. "Cambiar el mundo puede parecer

utópico, pero cambiar la salud pública fue posible", dijo Pekka Puska, el médico que dirigió el proyecto. Pues habrá que intentarlo.

Suena triste decirlo, pero ningún país ha experimentado una disminución en las tasas de obesidad durante los últimos cuarenta años, lo que es una estadística bastante aleccionadora.

## **CONCLUSIONES**

Ha llegado el momento de pararse a pensar que estamos haciendo con el problema de la obesidad.

De verdad, estamos dándole soluciones o las vamos demorando por intereses corporativistas.

Sigue existiendo una total falta de concienciación de que se trata de una enfermedad seria y grave, por lo que no solo es alarmante, sino también preocupante.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Tamames S., Tamames S. (Jr), Martínez Ramos C., Sánchez de Vega D., Núñez Peña J.R. Cirugía de la obesidad mórbida. En: Tamames Escobar S., Martínez Ramos C., Sánchez de Vega D., Tamames Gómez S. Cirugía. Aparato digestivo. Aparato circulatorio. Aparato respiratorio. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2000. p. 183-193.
2. Deitel M., Cowan G.M.(jr). Update: Surgery for the morbidly obese patient. FD-Communications Inc. Canada; 2000.
3. Baltasar A. Obesidad y cirugía. Madrid. Arán Ediciones. 2000.
4. Ruiz de Adana J.C., Hernández Matías A. Aspectos quirúrgicos de la obesidad mórbida. En: Miguelena J.M. Cirugía. Para el grado de Medicina. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2019. p. 315-320
5. Lautz D., Halperin F., Goebel-Fabbri A., Goldfine A.B. The great debate: medicine or surgery: what is best for the patient with type 2 diabetes? *Diabetes Care*. 2011; 34:763-770
6. Rubio Herrera M.A. Manual de Obesidad Mórbida. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2005
7. Varela G., Núñez C., Moreiras O., Grande Covian F. Dieta mágicas. En: Documentos técnicos de salud pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. (ed.), 1999.
8. Quintana J.M., Cabriada J., López de Tejada I et al. Traducción y validación del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (GIQLI). *Rev Esp Enferm Dig* 2001; 93:693-699
9. Deitel M., Greenstein RJ. Recommendations for reporting weight loss. *Obes Surg*, 2003; 13: 159-160
10. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg*, 1998; 8:487-499

11. Gortmaker S.L., Wang Y.C., Long M.W. et al. Three interventions that reduce childhood obesity are projected to save more than they cost to implement. *Health Affairs. Food&Health Journal* 2015; 34 (11): 1932-1939
12. Inge T.H., Courcoulas AP, Jenkins TM, et al. Weight Loss and Health Status 3 years after Bariatric Surgery in Adolescents. *N. Engl. J. Med.* 2016; 374:113-123.

#### DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en la presente revisión.

---

**Si desea citar nuestro artículo:**

**Tamames-Gómez S.**

**Implicaciones sociales y sanitarias de la obesidad mórbida.**

**ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;**

**An RANM · Año 2019 · número 136 (02) · páginas 108–112**

**DOI: 10.32440/ar.2019.136.02.rev03**

---