White Paper

Obesidad, desigualdad y sostenibilidad terapéutica: el reto del abordaje crónico en España

Una mirada al impacto socioeconómico de la obesidad y a los retos para sostener su abordaje crónico

FERNANDO GIL, Consultant, Consulting Services, Spain
INÉS JAUMOT, Senior Consultant, Thought Leadership Lead, Spain
ÁLVARO POCH, Analyst, Consulting Services, Spain
DANIEL VITALLA, Senior Director, Offering Management, Spain



Tabla de contenidos

Resumen ejecutivo	**1**
Introducción	**3**
Perfil del paciente que vive con obesidad	**10**
Gestión de la pérdida de peso	**16**
Acceso y uso de tratamientos GLP-1 en obesidad	**24**
Conclusiones	**34**
Reflexión final	**36**
Anexos	**37**
Fuentes	**38**

Resumen ejecutivo

La obesidad constituye uno de los principales retos de salud pública en España. Más allá de su elevada prevalencia y carga clínica, la evidencia muestra que su impacto no se distribuye de forma homogénea en la población. Factores sociales y económicos condicionan de forma clara el riesgo de desarrollar obesidad y se asocian a diferencias en hábitos relacionados con la salud.

Este estudio, basado en una encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso u obesidad residentes en España, analiza el recorrido completo del paciente: desde los hábitos y determinantes asociados a la enfermedad hasta el diagnóstico, el manejo del peso y el acceso a los tratamientos GLP-1.

La obesidad presenta un importante componente socioeconómico

Los grupos con menor nivel educativo, menor renta y clases sociales más desfavorecidas muestran una mayor prevalencia de obesidad y, en determinados análisis, una mayor severidad del exceso de peso. Estas diferencias se acompañan de patrones menos favorables de actividad física y alimentación, reforzando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de la enfermedad.

La obesidad es una enfermedad crónica ampliamente autogestionada

A pesar de tratarse de una enfermedad crónica asociada a una elevada carga de comorbilidades, la gestión del peso sigue apoyándose fundamentalmente en cambios de estilo de vida impulsados por el propio paciente. El acompañamiento profesional y los abordajes multidisciplinares aumentan conforme crece la severidad de la enfermedad y sus comorbilidades, pero mantienen una presencia relativamente limitada en comparación con la autogestión.

Además, los resultados apuntan a que la desalineación entre la situación clínica medida por IMC y la autopercepción corporal de algunos pacientes puede dificultar el reconocimiento de la obesidad como enfermedad crónica. Esta brecha de reconocimiento



podría favorecer un manejo todavía muy apoyado en esfuerzos individuales y puntuales, frente a abordajes clínicos más estructurados y sostenidos en el tiempo.

No obstante, entre los pacientes que acceden a tratamientos farmacológicos se observa un mayor grado de acompañamiento por parte de profesionales sanitarios, especialmente endocrinólogos, médicos de atención primaria y nutricionistas, lo que evidencia la existencia de recorridos asistenciales más estructurados.

Los tratamientos GLP-1 han abierto una nueva oportunidad terapéutica en obesidad

El conocimiento de los tratamientos GLP-1 es elevado entre las personas con exceso de peso y su utilización aumenta de forma progresiva a medida que crece la severidad de la enfermedad. Los pacientes asocian estas terapias principalmente a beneficios relacionados con la salud, la funcionalidad, el control del apetito y la mejora de la calidad de vida, más allá de objetivos puramente estéticos.

Asimismo, el rechazo a depender de una medicación de forma indefinida como principal barrera para no iniciar el tratamiento farmacológico GLP-1 sugiere que muchos pacientes aún no integran plenamente la obesidad como una enfermedad crónica que puede requerir estrategias sostenidas en el tiempo.

La sostenibilidad económica emerge como uno de los principales retos para el acceso y la continuidad del tratamiento

Aunque los pacientes reconocen valor en las alternativas terapéuticas disponibles para el abordaje de la obesidad, la capacidad para mantener el tratamiento en el tiempo aparece como un desafío relevante. El coste de los GLP-1 figura como una de las principales barreras de acceso y el principal motivo de abandono entre quienes han interrumpido la terapia.

Aunque esta barrera aparece de forma transversal entre los pacientes, adquiere mayor relevancia en los hogares con menor nivel de ingresos.

Este hallazgo es coherente con la disposición a pagar observada tanto para los GLP-1 como para otros recursos orientados a la pérdida de peso, que muestra valores relativamente similares entre clases sociales. Sin embargo, que la percepción de valor sea transversal no implica que el esfuerzo económico sea equivalente: un mismo coste mensual representa una carga muy distinta según la renta disponible. Por ello, este reto se inserta en un problema más amplio: el manejo efectivo de la obesidad exige recursos continuados —farmacológicos, profesionales y conductuales— que no todos los pacientes pueden asumir por igual, especialmente aquellos con menor capacidad económica. Esto pone de manifiesto la importancia de la capacidad de continuidad del abordaje en un contexto sin financiación pública para la indicación de obesidad.

Reflexión final

Los resultados apuntan a una tensión central para el abordaje de la obesidad en España: la enfermedad afecta con mayor intensidad a los grupos socioeconómicamente más vulnerables, mientras que la posibilidad de mantener estrategias terapéuticas continuadas —incluyendo alternativas farmacológicas, apoyo profesional y recursos conductuales— depende en gran medida de la capacidad económica individual.

En un contexto sin financiación pública para la indicación de obesidad, existe el riesgo de que la innovación terapéutica y los modelos de manejo más estructurados amplíen las desigualdades existentes si no se acompañan de modelos de acceso sostenibles, diagnóstico temprano, apoyo clínico estructurado y un mayor reconocimiento de la obesidad como enfermedad crónica.

La obesidad no debería abordarse únicamente como una responsabilidad individual, sino como una enfermedad crónica atravesada por determinantes sociales que condicionan tanto su desarrollo como las oportunidades reales de acceder y dar continuidad a un manejo efectivo.

Introducción

La obesidad constituye una de las principales crisis de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1.000 millones de personas viven actualmente con obesidad, una cifra que se ha más que duplicado entre la población adulta desde 1990.[1] España refleja esta tendencia: la prevalencia de la obesidad ha pasado de aproximadamente un 7% en la década de los 80 a cifras cercanas al 17-18% en la actualidad, y el exceso de peso en su conjunto — sobrepeso y obesidad— afecta ya a más del 55% de la población adulta.[2] [3] [4] Adicionalmente, el crecimiento de prevalencia entre la población infantil y los adultos jóvenes (18 a 24 años) resulta especialmente preocupante por su impacto potencial en la carga asistencial y económica del sistema en las próximas décadas.

El manejo de la obesidad debe entenderse como un abordaje integral, en el que las guías de práctica clínica recomiendan combinar cambios en el estilo de vida, apoyo conductual y, cuando está indicado, intervenciones farmacológicas o quirúrgicas adaptadas al perfil clínico del paciente.

En este contexto, la irrupción de los GLP-1 ha transformado el abordaje farmacológico de la obesidad. Estos fármacos, originalmente desarrollados para la diabetes tipo 2, han demostrado pérdidas de peso clínicamente significativas, situándose como una de las primeras alternativas farmacológicas con eficacia clínicamente relevante frente a esta patología.[5] Sin embargo, en España, pese a contar con varias moléculas aprobadas para la indicación de obesidad, ninguna está financiada a día de hoy por el Sistema Nacional de Salud, lo que traslada al paciente un coste de entre 150 y más de 400 euros mensuales en función de la molécula y dosis.[6,7]

Este escenario resulta especialmente crítico si se considera la naturaleza crónica y clínica de la obesidad. Lejos de concepciones reduccionistas que la asocian únicamente a factores conductuales o a fines estéticos, la evidencia vincula de forma sólida la obesidad con el desarrollo de múltiples comorbilidades.[8,9]

Ante esta situación, el presente estudio tiene como objetivo analizar en qué medida el nivel socioeconómico condiciona el desarrollo de la obesidad, así como explorar cómo los pacientes gestionan la enfermedad, acceden a los tratamientos GLP-1 disponibles y sostienen su continuidad.

Para ello, se ha llevado a cabo una encuesta a 1.263 pacientes adultos residentes en España con sobrepeso u obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026. La muestra incluyó pacientes segmentados por variables demográficas, socioeconómicas y clínicas.



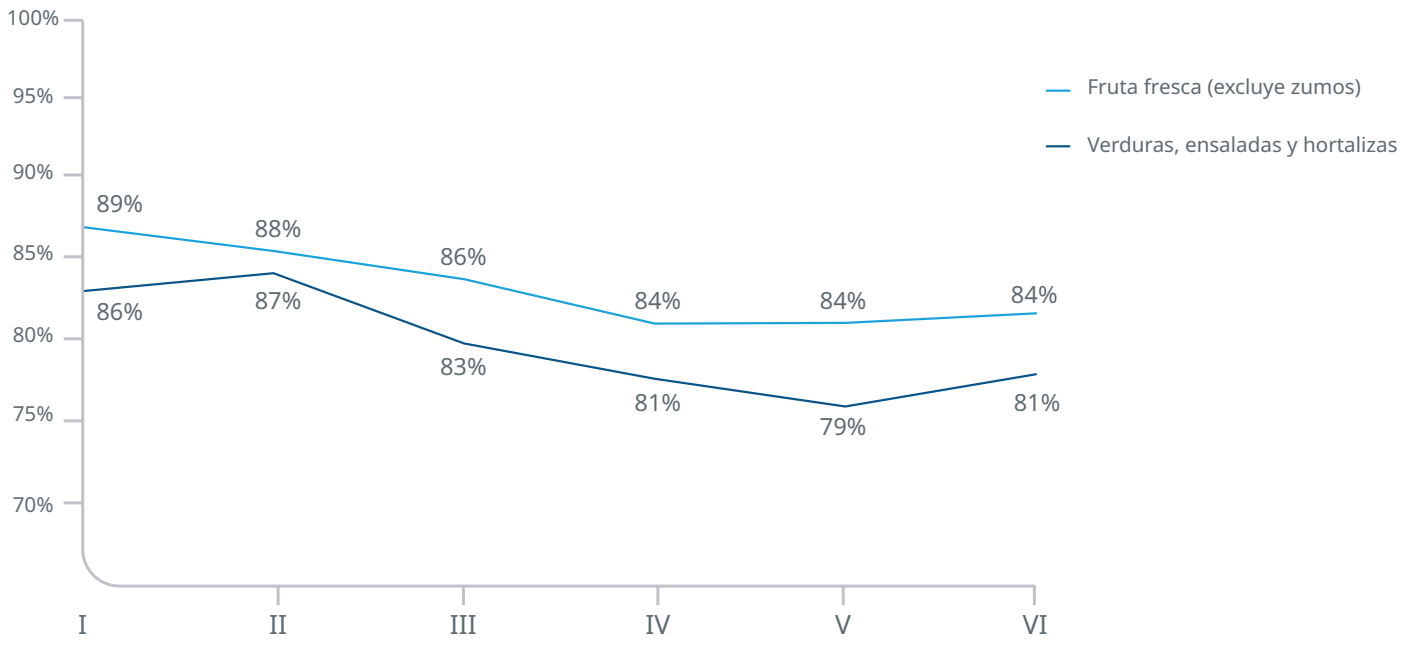
Contexto y prevalencia del paciente con exceso de peso

Hábitos alimentarios y actividad física según variables socioeconómicas

Antes de analizar la prevalencia del exceso de peso, resulta clave entender los patrones de comportamiento asociados, en particular los hábitos alimentarios y de actividad, y cómo estos varían en función del nivel socioeconómico. Para ello, se han analizado los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2023).

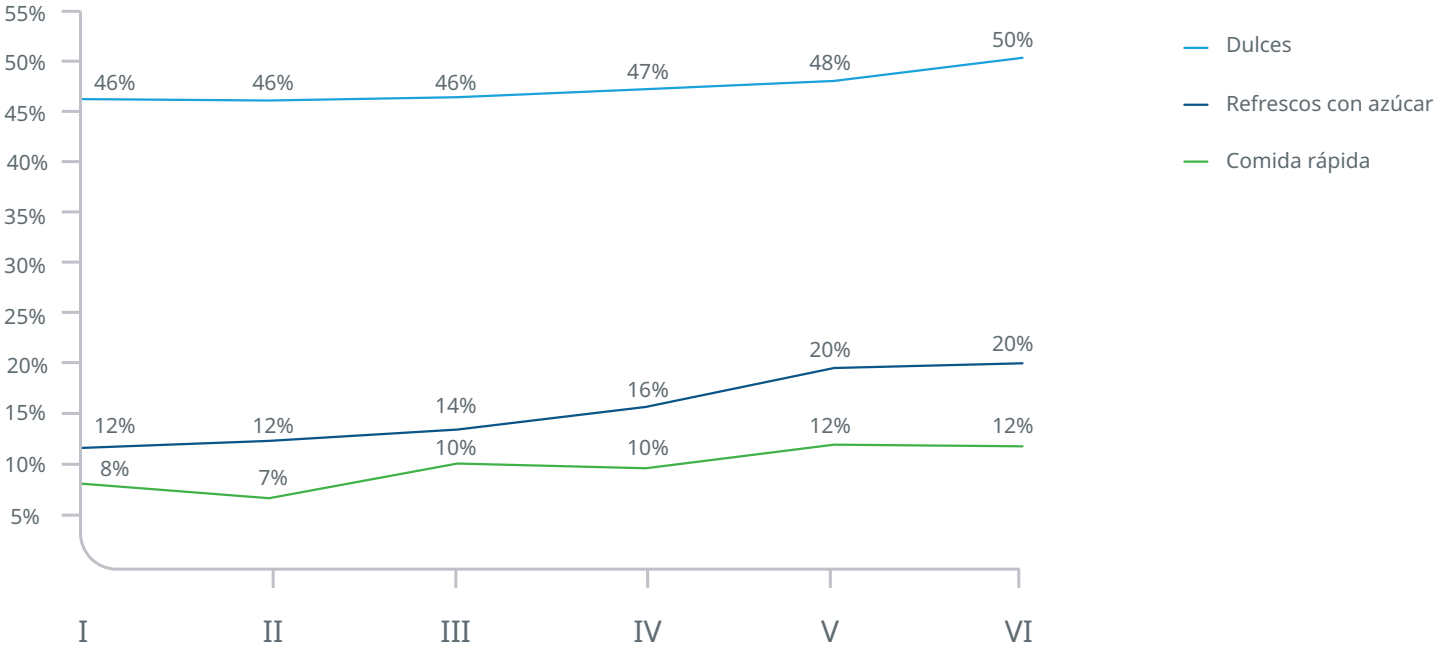
En términos generales, la adopción de hábitos saludables es elevada a nivel agregado: aproximadamente el 80% de la población consume frutas, verduras y hortalizas al menos tres veces por semana (ver Figura 1). Sin embargo, este patrón coexiste con un consumo relevante de alimentos menos saludables: entre el 10% y el 50% de la población declara consumir con la misma frecuencia productos como dulces, refrescos azucarados o comida rápida (ver Figura 2). Más allá de estos promedios, el principal reto emerge al segmentar los datos por clase social. En este análisis, la clase social se ordena de I a VI, siendo la clase I la de mayor nivel socioeconómico y la clase VI la de menor nivel socioeconómico.

Figura 1 – Consumo de alimentos saludables 3 o más veces por semana según clase social



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2023)

Figura 2 – Consumo de alimentos no saludables 3 o más veces por semana según clase social



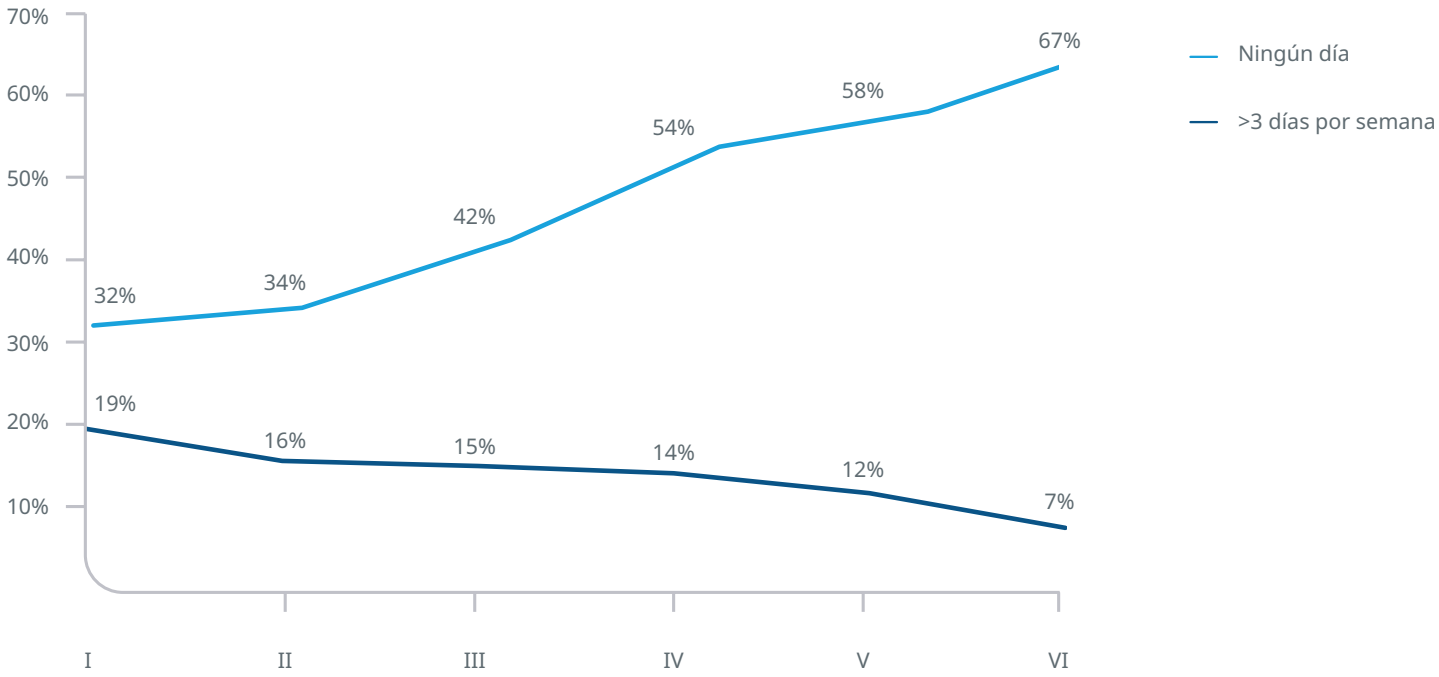
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2023)

Aunque la diferencia en puntos porcentuales no es muy elevada, sí se observa un patrón consistente: a medida que disminuye el nivel socioeconómico[A], aumenta la probabilidad de consumo frecuente de alimentos poco saludables, mientras que se reduce la ingesta de aquellos considerados saludables. En contraste, los grupos de mayor nivel socioeconómico presentan patrones alimentarios más alineados con recomendaciones nutricionales, con mayor consumo de frutas y verduras y menor presencia de productos ultraprocesados.



[A] La clasificación de clase social se ordena de I a VI, siendo la clase I la de mayor nivel socioeconómico y la clase VI la de menor nivel socioeconómico.

Figura 3 – Días de actividad física según clase social



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2023)

En cuanto a la actividad física, se observa un patrón más acentuado que el identificado en los hábitos alimentarios. La inactividad presenta un claro gradiente socioeconómico: en las clases sociales más bajas, aproximadamente dos de cada tres personas declaran no realizar ningún tipo de actividad física a lo largo de la semana, frente a una de cada tres en las clases más altas. De igual forma, la práctica habitual de actividad física (tres o más veces por semana) sigue la tendencia inversa, alcanzando apenas un 7% en clases bajas, frente a un 19% en clases altas (ver Figura 3). Este diferencial refleja una menor adopción de estilos de vida activos en los segmentos más vulnerables.

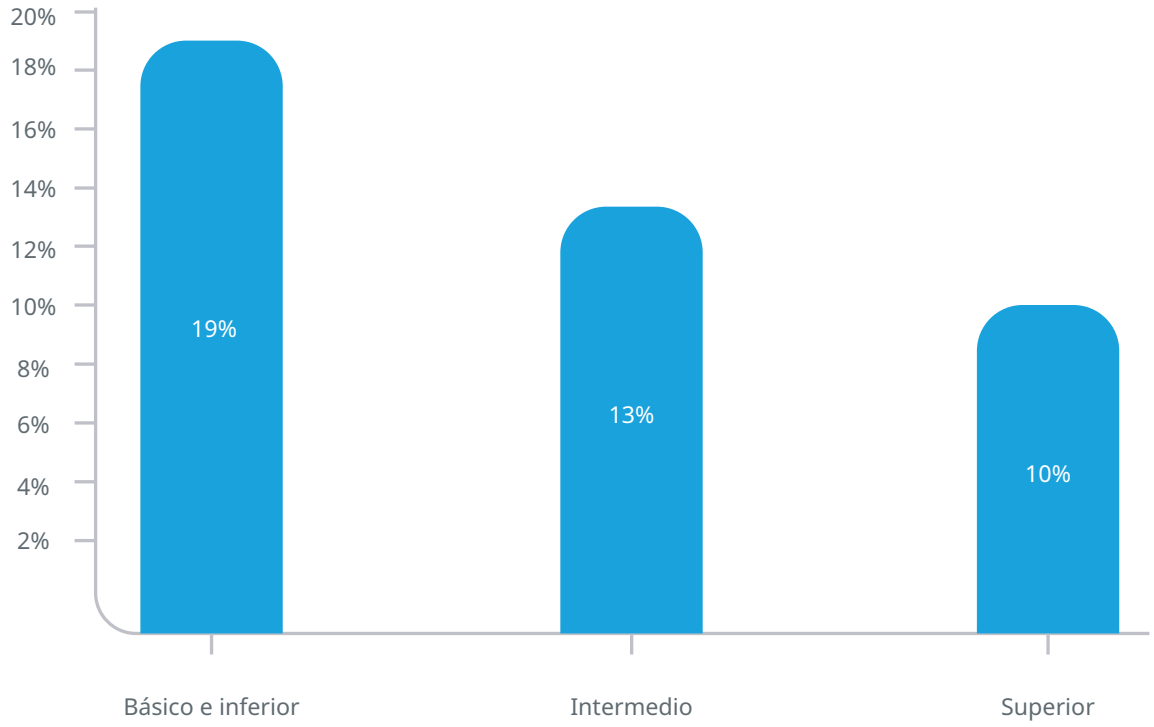
La coexistencia de una alimentación de menor calidad nutricional junto con una menor práctica de actividad física en los estratos más bajos configura un perfil de hábitos en consonancia con una mayor prevalencia de obesidad observada en estos segmentos.

En conjunto, los hábitos alimentarios y de actividad física reflejan una realidad ligada a la situación socioeconómica de la población que condiciona sus estilos de vida. Este diferencial sugiere la existencia de determinantes estructurales que predisponen de forma desigual al desarrollo de exceso de peso.

Prevalencia de la obesidad según variables socioeconómicas

Existe una asociación consistente entre nivel socioeconómico y prevalencia de obesidad en España. El análisis realizado con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2023) sobre tres variables —nivel educativo, clase social e ingresos mensuales netos del hogar— apunta en la misma dirección: a medida que empeoran los indicadores socioeconómicos, aumenta la prevalencia de la obesidad.

Figura 4 - Distribución de población con obesidad según nivel educativo

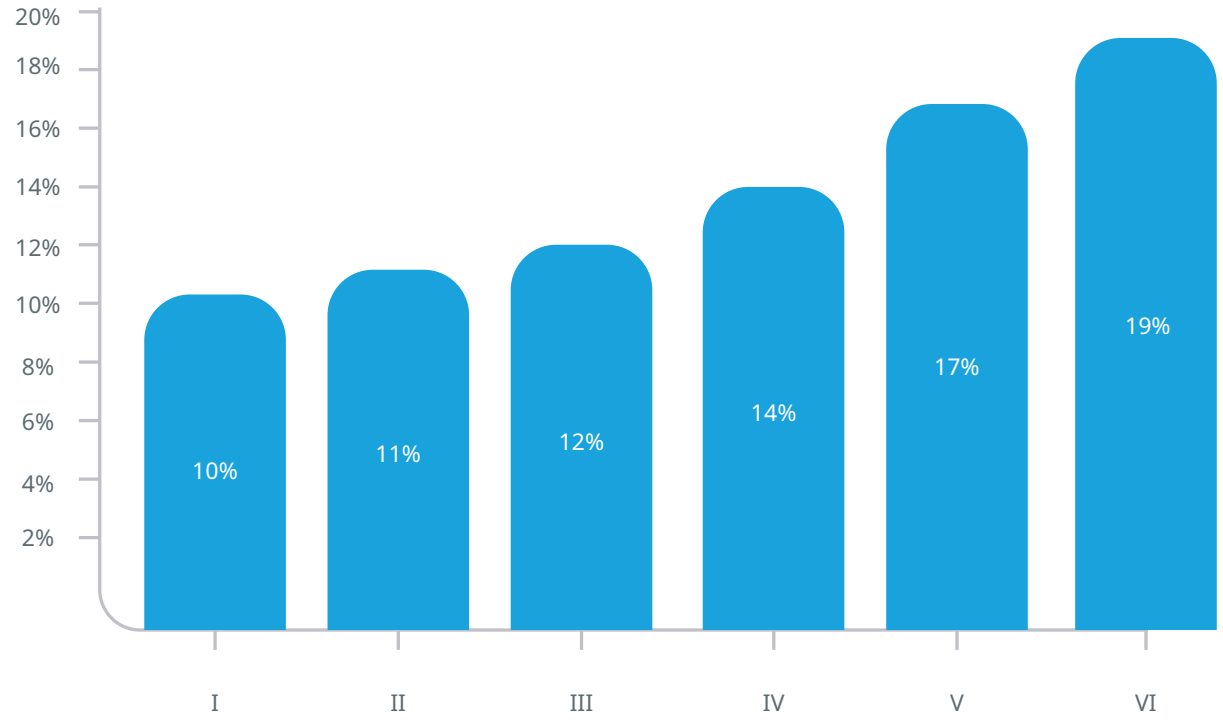


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2023)

El gradiente más evidente se observa al analizar el nivel educativo. La prevalencia de obesidad alcanza el 19% entre la población con estudios básicos o inferiores, frente al 10% entre quienes cuentan con estudios superiores, lo que supone una diferencia sustancial (ver Figura 4). Este patrón sugiere que factores como la alfabetización sanitaria, el acceso a información nutricional o la capacidad para adoptar hábitos saludables podrían desempeñar un papel relevante en el desarrollo de la obesidad.



Figura 5 - Distribución de población con obesidad según clase social

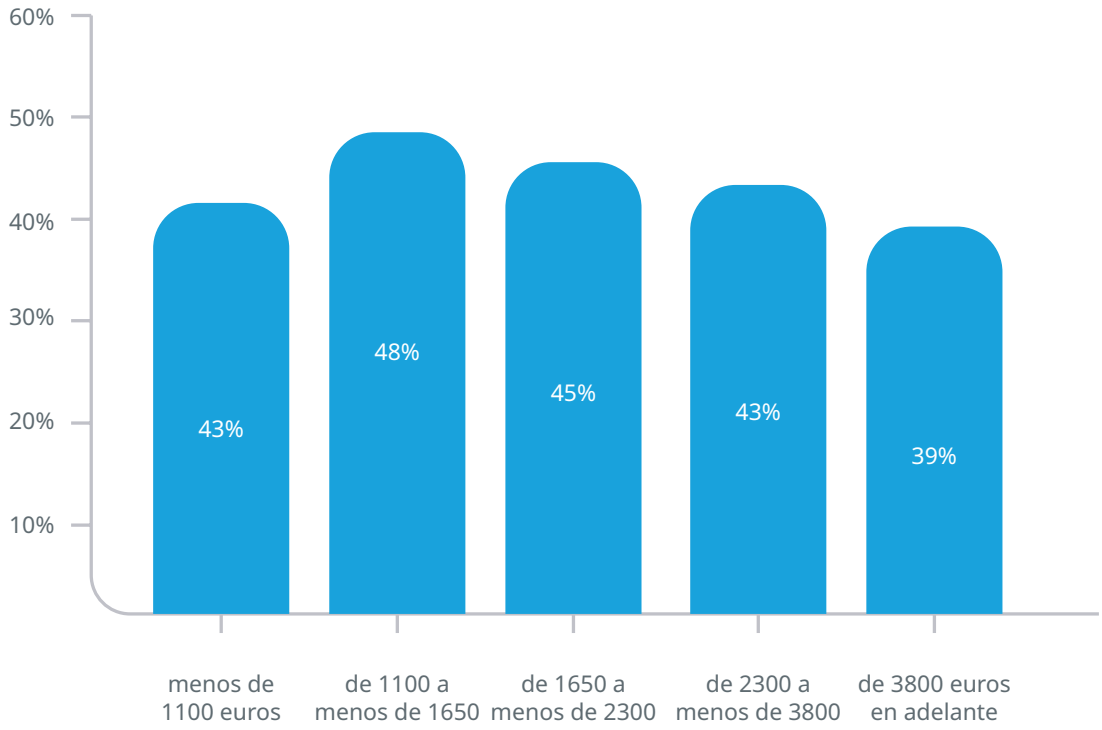


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2023)
Nota: La clasificación de clase social se ordena de I a VI, siendo la clase I la de mayor nivel socioeconómico y la clase VI la de menor nivel socioeconómico.

Una tendencia similar se observa al segmentar la población por clase social. La prevalencia de obesidad aumenta de forma progresiva desde el 10% en la clase social más alta hasta el 19% en la más baja, prácticamente el doble (ver Figura 5). La continuidad de esta tendencia entre categorías evidencia la existencia de un gradiente social claro, donde cada escalón descendente en la estructura socioeconómica se asocia con una mayor probabilidad de padecer obesidad.



Figura 6 - Distribución de población con sobrepeso y obesidad según ingresos mensuales netos del hogar



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2023)

Por último, el análisis por nivel de ingresos muestra que el exceso de peso también tiende a concentrarse en los hogares con menor capacidad económica. Aunque la relación es menos lineal —y presenta una excepción clara en los hogares con rentas inferiores a 1.100 €— que la observada para educación o clase social, los hogares con rentas más elevadas presentan la menor prevalencia de exceso de peso en su conjunto (39%), mientras que los niveles intermedios y bajos registran valores superiores (ver Figura 6). Estos resultados apuntan a que la capacidad adquisitiva influye en el riesgo de desarrollar obesidad, aunque probablemente interactúe con otros factores socioeconómicos más amplios.

Profundizando en los datos anteriores, e incorporando el sobrepeso en el análisis, los resultados del estudio de IQVIA desarrollado por PMR[2] en 2026 sobre 1.263 pacientes adultos muestran una asociación entre nivel de ingresos y severidad del exceso de peso. A medida que disminuyen los ingresos mensuales netos del hogar, aumenta la proporción de pacientes con grados más avanzados de obesidad, mientras que los niveles de ingresos más elevados concentran una mayor proporción de pacientes con sobrepeso y una menor presencia de obesidad severa.

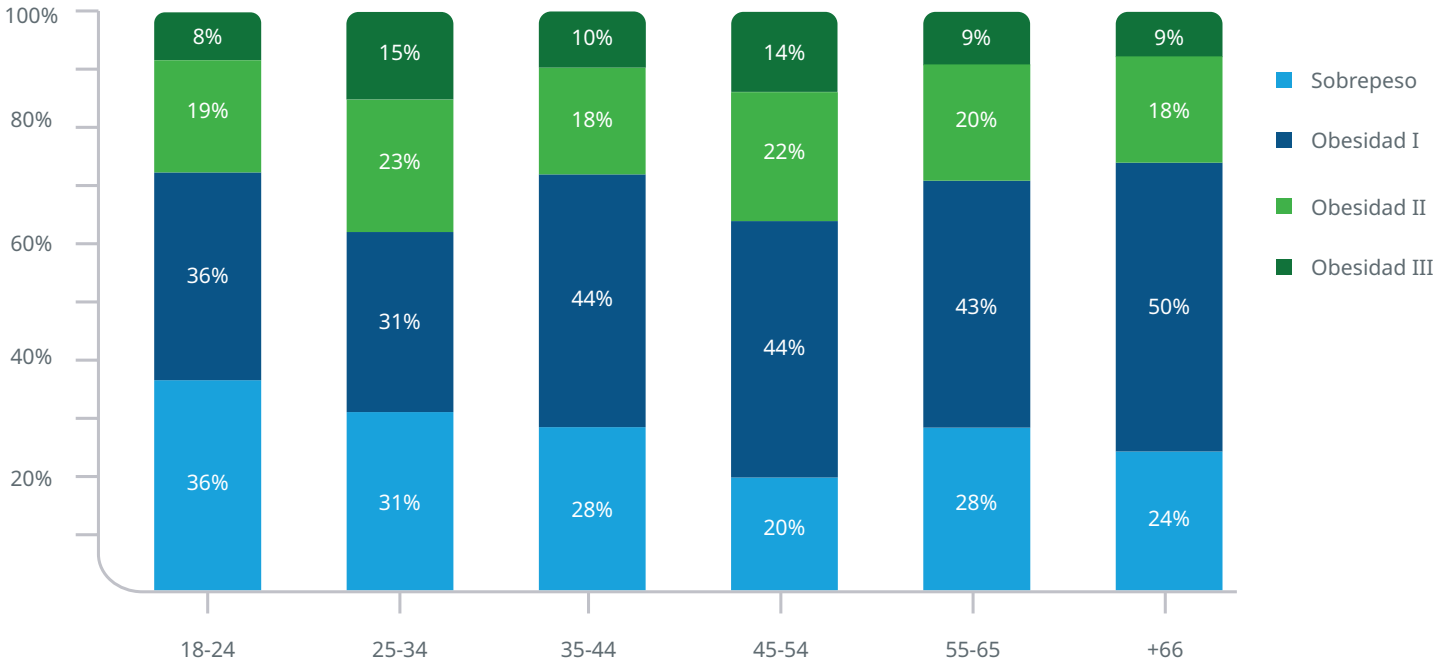
En conjunto, los datos reflejan que la obesidad no se distribuye de forma homogénea en la población española, sino que se concentra de manera más acusada en los grupos socialmente más vulnerables. La consistencia observada para las tres variables analizadas sugiere que las desigualdades socioeconómicas condicionan los hábitos relacionados con la salud y se traducen en una mayor carga de la enfermedad.

Perfil del paciente que vive con obesidad

Caracterización demográfica del paciente con exceso de peso

El análisis por edad muestra cómo varía la composición del exceso de peso dentro de cada grupo etario. En este análisis, cada grupo de edad se interpreta como el 100%, mostrando la distribución interna entre sobrepeso y obesidad grado I, II y III, categorías que reflejan niveles crecientes de severidad clínica según el IMC[B]. Los pacientes más jóvenes presentan una mayor proporción de sobrepeso, mientras que los distintos grados de obesidad ganan peso relativo en los grupos de mayor edad (ver Figura 7).

Figura 7 - Distribución de población con sobrepeso y obesidad según edad

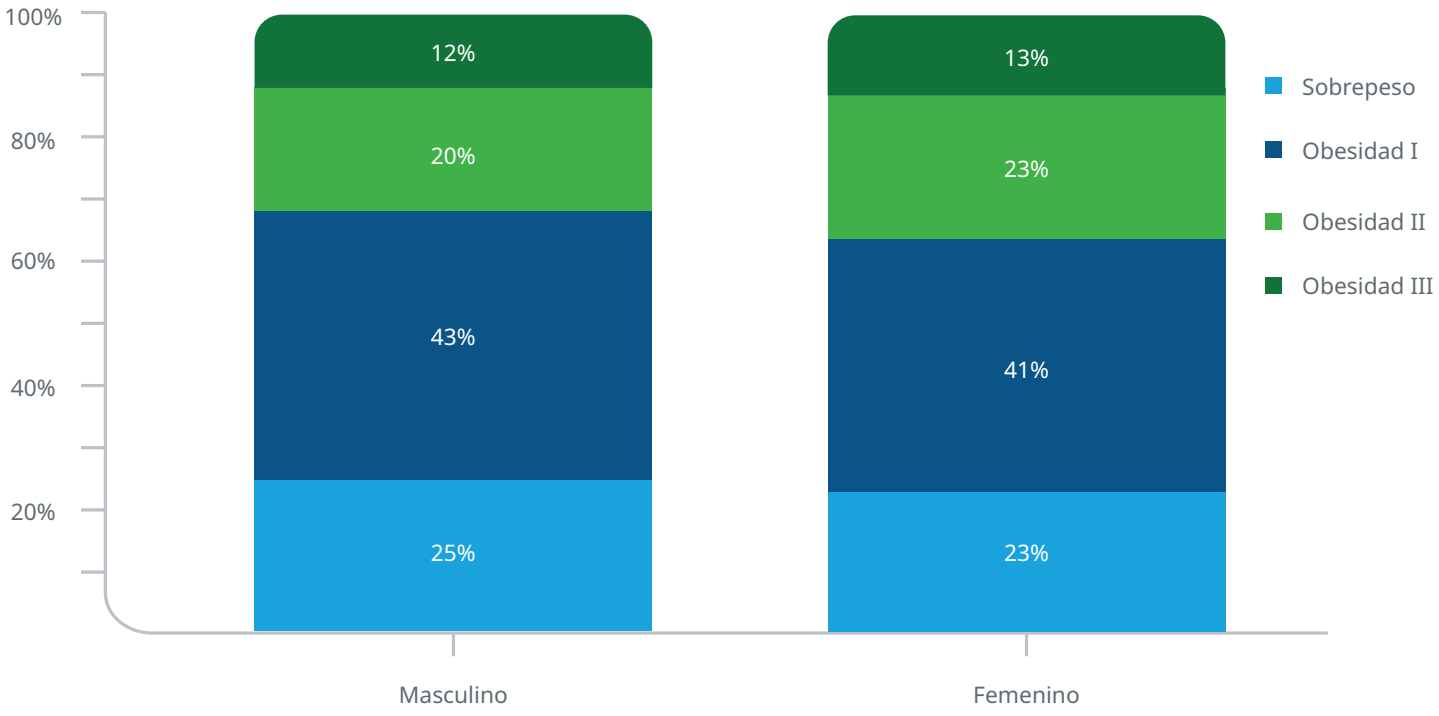


Nota: l nivel de Obesidad I hace referencia a un IMC de 30 a 34,9, el nivel de Obesidad II a un IMC de 35 a 39,9 y el nivel de Obesidad III a un IMC de >40. El sobrepeso corresponde a un IMC de 27 a 29,9.
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Aunque las diferencias no son extremadamente acusadas, los resultados sugieren una tendencia hacia una mayor severidad del exceso de peso en las etapas medias y avanzadas de la vida.

[B] Índice de Masa Corporal

Figura 8 - Distribución de población con sobrepeso y obesidad por sexo



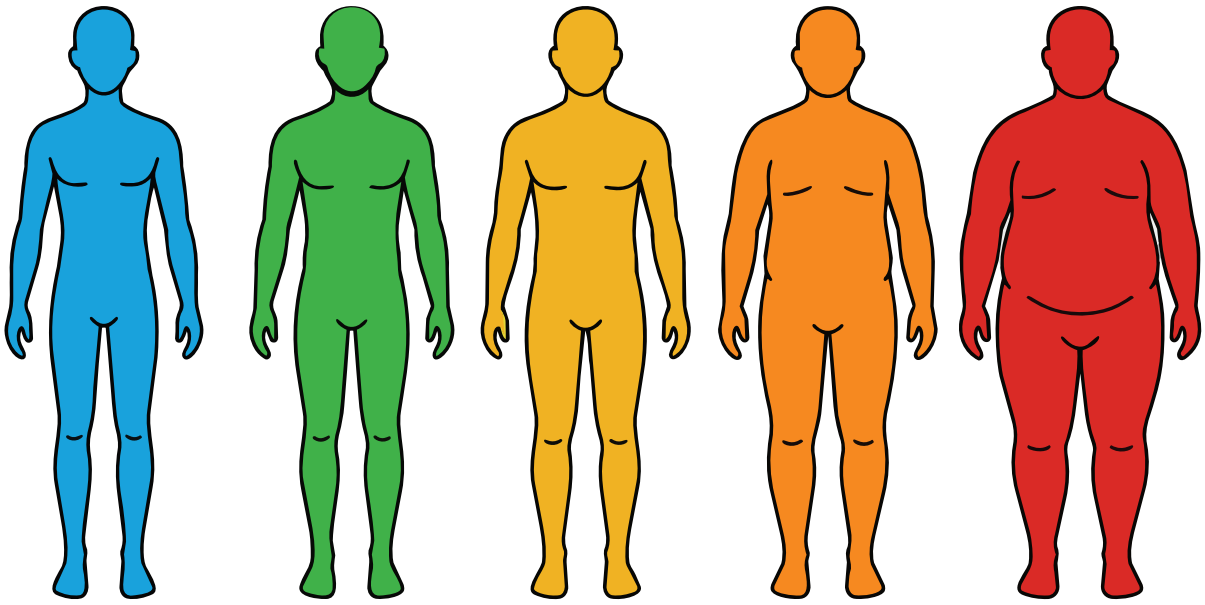
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

La distribución de los niveles de exceso de peso es relativamente similar entre hombres y mujeres. En ambos grupos, la obesidad grado I representa la categoría más frecuente (41% y 43%), si bien las mujeres muestran una proporción ligeramente superior de obesidad grado II y III, mientras que los hombres presentan una mayor presencia relativa de obesidad grado I (ver Figura 8).

Percepción corporal de la persona con exceso de peso

La percepción corporal de los pacientes no siempre se alinea con su situación clínica real. Para analizarlo, los pacientes entrevistados se han identificado con una de las 5 siluetas de la Figura 9.

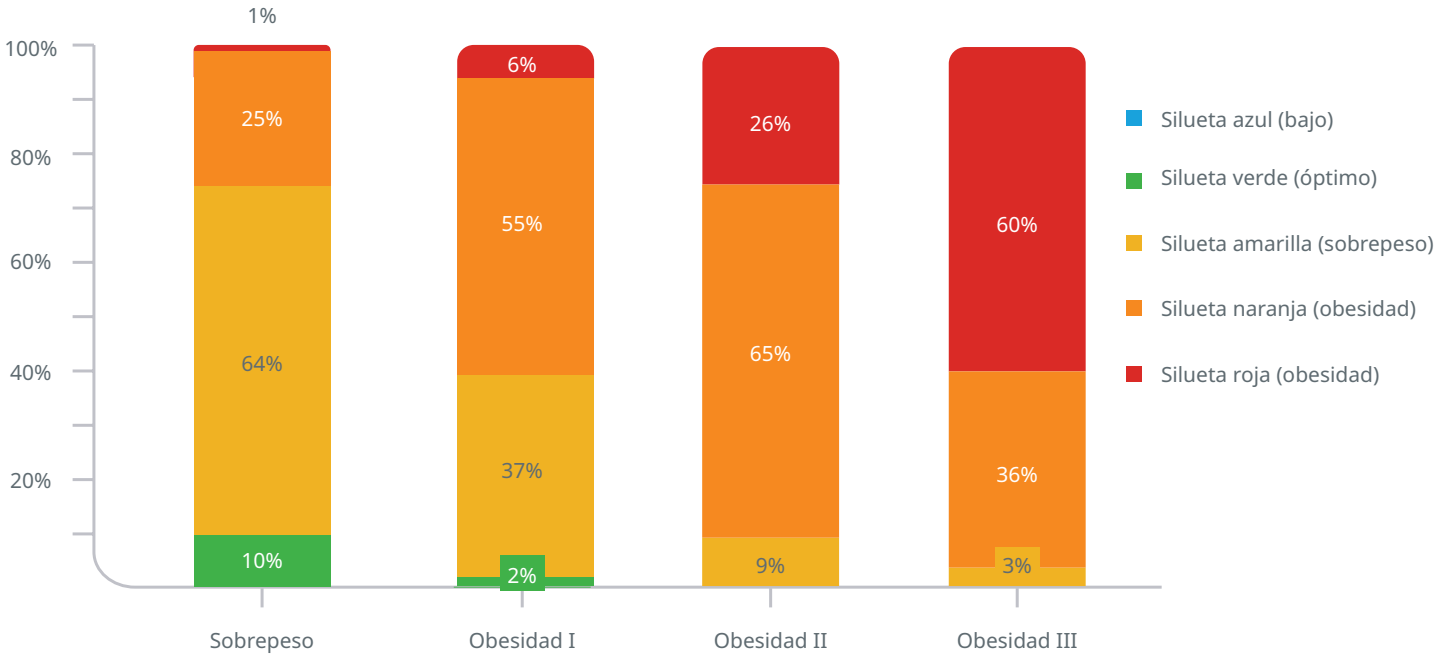
Figura 9 – Siluetas según nivel de peso



Los resultados muestran una cierta desalineación entre la situación clínica medida por IMC y la autopercepción corporal de los pacientes. Esta diferencia se observa ya en los estadios iniciales de obesidad, donde el 37% de los pacientes con obesidad grado I se identifica con una silueta más asociada al sobrepeso. Asimismo, en los grados más avanzados, una proporción relevante de pacientes no se reconoce en las siluetas de mayor severidad: el 40% de quienes viven con obesidad grado III no se identifica como una persona con obesidad avanzada (ver Figura 10).



Figura 10 - Distribución de percepción corporal por nivel de peso



Nota: El nivel de Obesidad I hace referencia a un IMC de 30 a 34.9, el nivel de Obesidad II a un IMC de 35 a 39.9 y el nivel de Obesidad III a un IMC de >40. El sobrepeso corresponde a un IMC de 27 a 29.9 Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

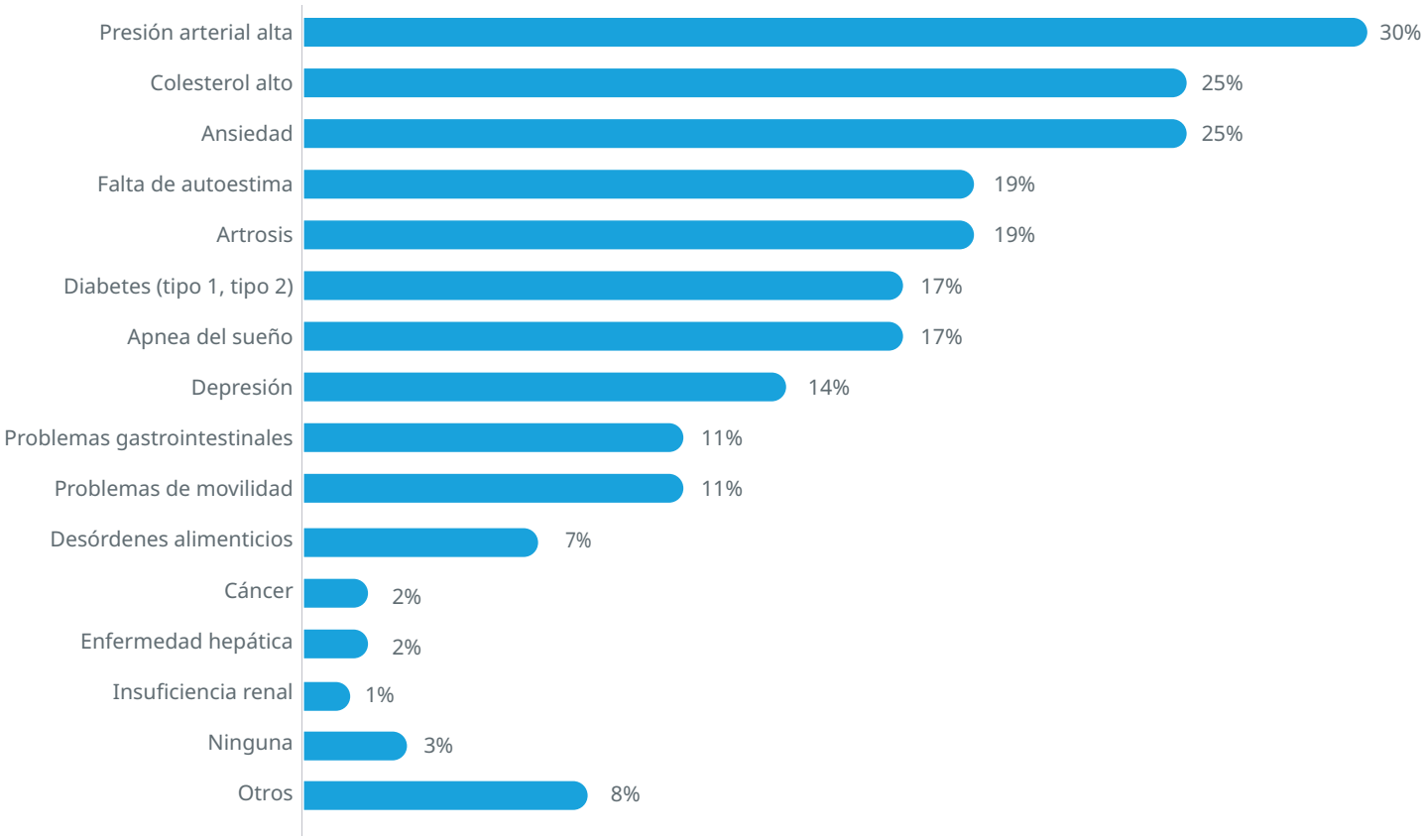
En este sentido, los resultados apuntan hacia una cierta normalización del exceso de peso en algunos pacientes, lo que podría dificultar el reconocimiento temprano de la obesidad como enfermedad crónica y retrasar el posible diagnóstico, seguimiento y tratamiento sostenido.

Comorbilidades

La obesidad está estrechamente asociada a una elevada carga de comorbilidades. De hecho, el 97% de los pacientes entrevistados reportó alguna condición o impacto asociado, lo que pone de manifiesto que el exceso de peso suele coexistir con otros problemas de salud que incrementan la complejidad clínica del paciente.



Figura 11 – Proporción de pacientes con sobrepeso y obesidad que presentan alguna comorbilidad

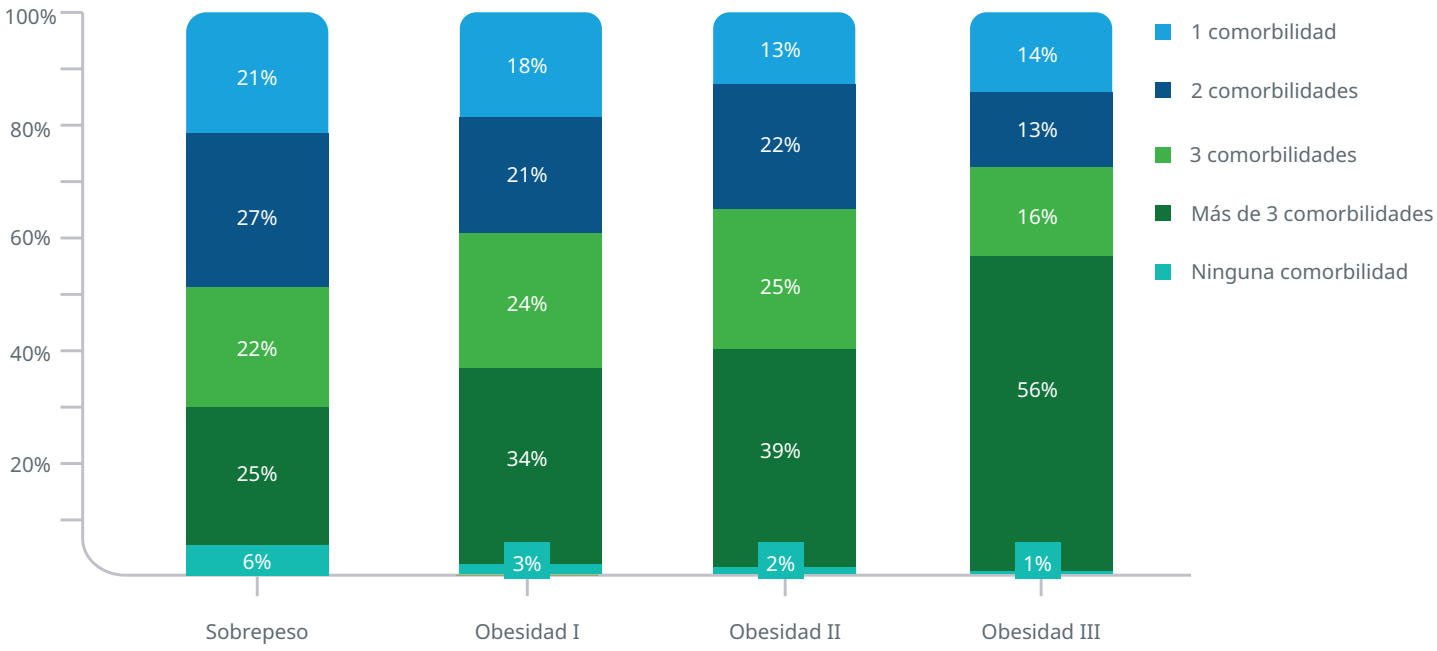


Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Entre las comorbilidades más frecuentes destacan la hipertensión arterial (30%), el colesterol elevado (25%) y la ansiedad (25%), seguidas de la falta de autoestima (19%), la artrosis (19%), la apnea del sueño (17%) y la diabetes (17%) (ver Figura 11). Estos resultados reflejan el impacto multidimensional de la obesidad, que trasciende el ámbito metabólico y cardiovascular para afectar también a la salud mental y a la calidad de vida de los pacientes.



Figura 12 – Proporción de pacientes con sobrepeso y obesidad que presentan comorbilidades

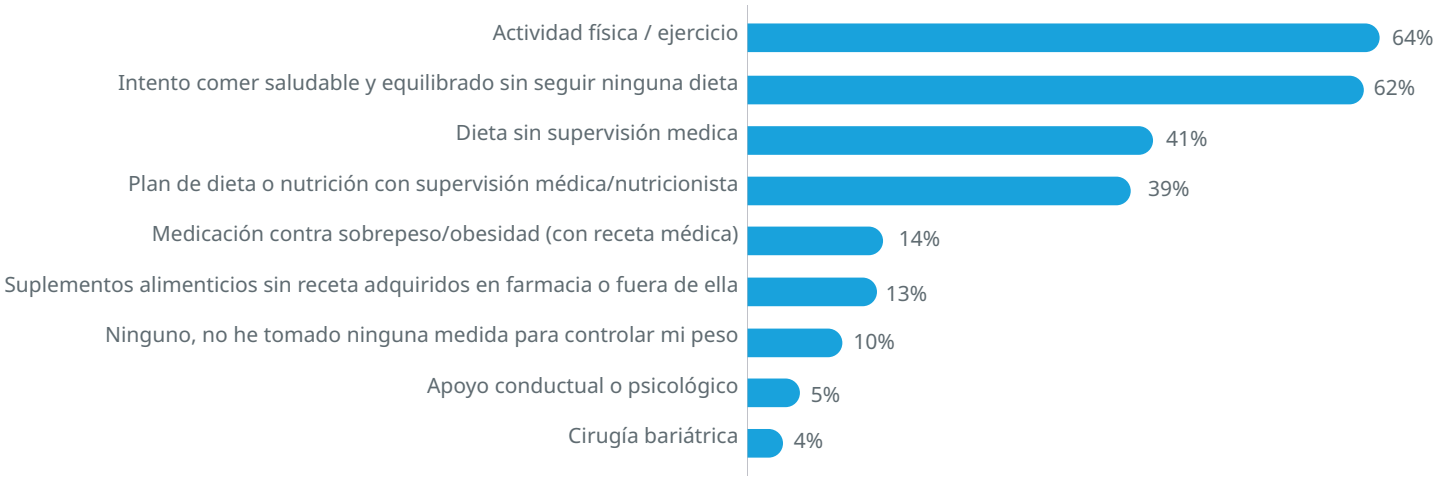


Los datos muestran que la carga de comorbilidades aumenta conforme se incrementa la severidad de la patología. Aunque la presencia de condiciones asociadas es elevada en todos los grupos, la acumulación de tres o más comorbilidades es especialmente frecuente entre los pacientes que viven con obesidad más avanzada: alcanza el 56% en obesidad grado III, frente al 25% entre los pacientes con sobrepeso. Este patrón sugiere que la progresión desde el sobrepeso hacia grados superiores de obesidad implica una mayor complejidad clínica (ver Figura 12).

Gestión de la pérdida de peso

Los resultados muestran que la gran mayoría de los encuestados ha realizado algún cambio con el objetivo de reducir su peso corporal. Las medidas más frecuentes son la práctica de actividad física (64%), la adopción de una alimentación más saludable sin seguir una dieta concreta (63%) y la realización de dietas sin supervisión médica (41%) (ver Figura 13).

Figura 13 - Cambios impulsados por el paciente para la gestión del peso



Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Por el contrario, las estrategias que implican un mayor grado de acompañamiento profesional son significativamente menos habituales. Menos de la mitad de los pacientes ha seguido un plan de nutrición supervisado por un profesional sanitario y únicamente una minoría ha recurrido a tratamientos farmacológicos específicos, apoyo psicológico o cirugía bariátrica. Estos resultados sugieren que la pérdida de peso continúa abordándose principalmente desde iniciativas impulsadas por el propio paciente, con un uso relativamente limitado de intervenciones estructuradas y multidisciplinares.

Figura 14 - Cambios impulsados por el paciente para la gestión del peso según clase social



Nota: En el estudio PMR, la clase social se agrupó en alta, media y baja a partir de una clasificación socioeconómica derivada del nivel educativo, la situación laboral y la ocupación declarada por el paciente
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

El análisis por variables sociodemográficas, comenzando por la clase social, muestra que los patrones de comportamiento son relativamente similares entre grupos.



Figura 15 - Cambios impulsados por el paciente para la gestión del peso según sexo



Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Un comportamiento muy similar se observa entre sexos, a excepción de que las mujeres recurren con mayor frecuencia a intervenciones estructuradas para el control del peso. En particular, el porcentaje de mujeres que sigue un plan de dieta o nutrición supervisado por un profesional sanitario prácticamente duplica al observado entre los hombres (ver Figura 15).

En conjunto, los resultados reflejan una elevada disposición de los pacientes a tomar medidas para controlar su peso, pero también ponen de manifiesto que la mayoría de los esfuerzos se concentran en cambios de estilo de vida autogestionados. Esta realidad contrasta con el carácter crónico y multifactorial de la obesidad y pone de relieve la oportunidad de promover abordajes más estructurados y multidisciplinares para el manejo de la enfermedad.

¿En qué figura se apoyan los pacientes para gestionar su peso?

Los resultados muestran que la gestión del peso continúa recayendo principalmente en la iniciativa individual de los pacientes. De hecho, cerca de seis de cada diez personas afirman apoyarse fundamentalmente en sí mismas para controlar su peso, muy por encima de cualquier otra fuente de apoyo (ver Figura 16).

Figura 16 - Fuentes de apoyo utilizadas por los pacientes para la gestión del peso



Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Entre los recursos externos, los profesionales sanitarios más utilizados son el médico de atención primaria (22%), el endocrinólogo (17%) y el nutricionista (17%), mientras que el apoyo de familiares y amistades también desempeña un papel relevante para una parte de los pacientes (14%).

Cabe destacar, sin embargo, que el recurso a profesionales sanitarios aumenta a medida que se incrementa la gravedad de la enfermedad. El porcentaje de pacientes que declara apoyarse en un endocrinólogo pasa del 10% entre quienes presentan sobrepeso al 27% entre los pacientes que viven con obesidad grado III, observándose una tendencia similar para nutricionistas, médicos de atención primaria y psicólogos.

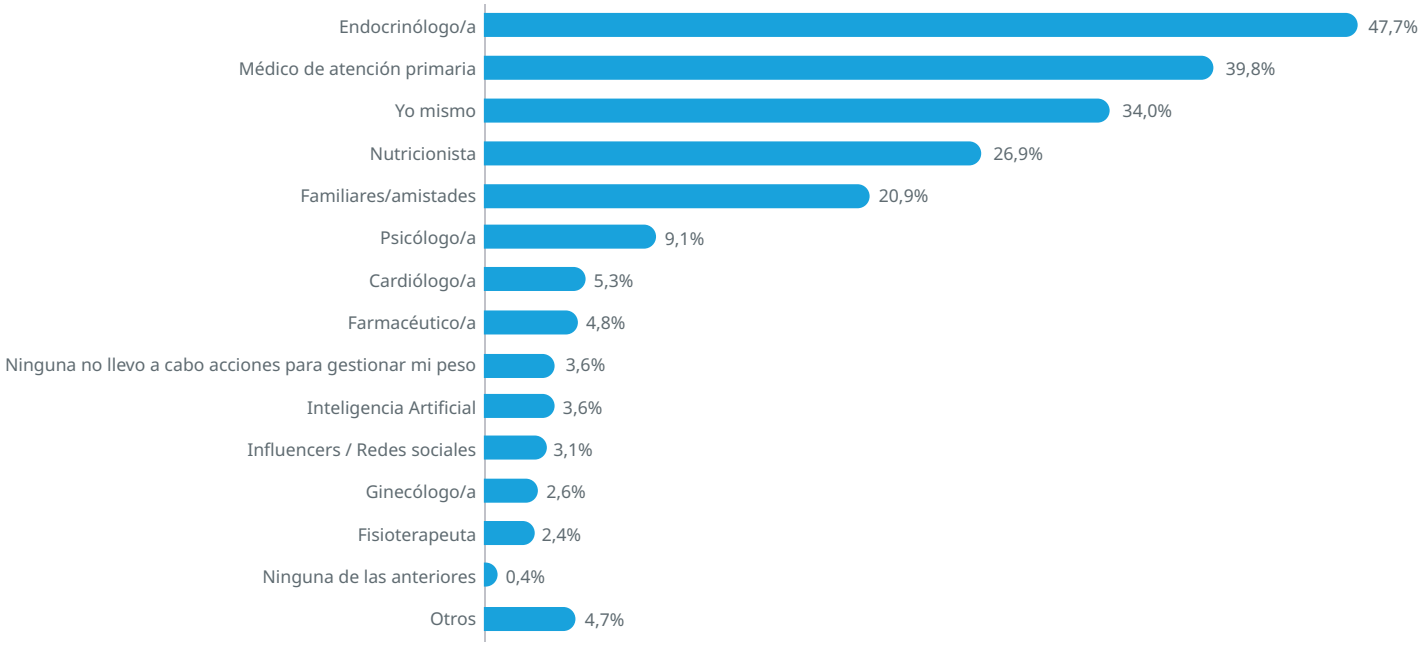
Estos resultados sugieren que, aunque el acompañamiento profesional gana importancia en los estadios más avanzados de la enfermedad, la autogestión continúa siendo el principal mecanismo de control del peso.

Desde una perspectiva socioeconómica, las diferencias son en general moderadas, aunque se observan algunos patrones relevantes. El recurso a nutricionistas aumenta conforme crecen los ingresos del hogar, pasando del 15% entre los pacientes con menores ingresos a más del 20% entre aquellos con rentas más elevadas, lo que podría reflejar diferencias en el acceso a servicios especializados. Por otro lado, el uso de redes sociales e influencers como fuente de apoyo es más frecuente entre las clases sociales más bajas, aunque su utilización sigue siendo minoritaria en todos los grupos.

Al analizar específicamente a los pacientes que han declarado utilizar medicación con receta para el control del peso, se observa un mayor peso del acompañamiento sanitario. Casi la mitad declara apoyarse en el endocrinólogo (48%), seguido del médico de atención primaria (40%). Además, otros profesionales sanitarios, como el nutricionista, el psicólogo o el cardiólogo, ganan relevancia, lo que sugiere que el uso de tratamientos farmacológicos se asocia a una mayor

interacción con profesionales sanitarios y, en particular, con especialistas (ver Figura 17). Este patrón apunta a que los pacientes que llegan a utilizar medicación para el control del peso presentan un recorrido más medicalizado.

Figura 17 - Fuentes de apoyo utilizadas por los pacientes que han utilizado medicación contra la obesidad con receta para la gestión del peso



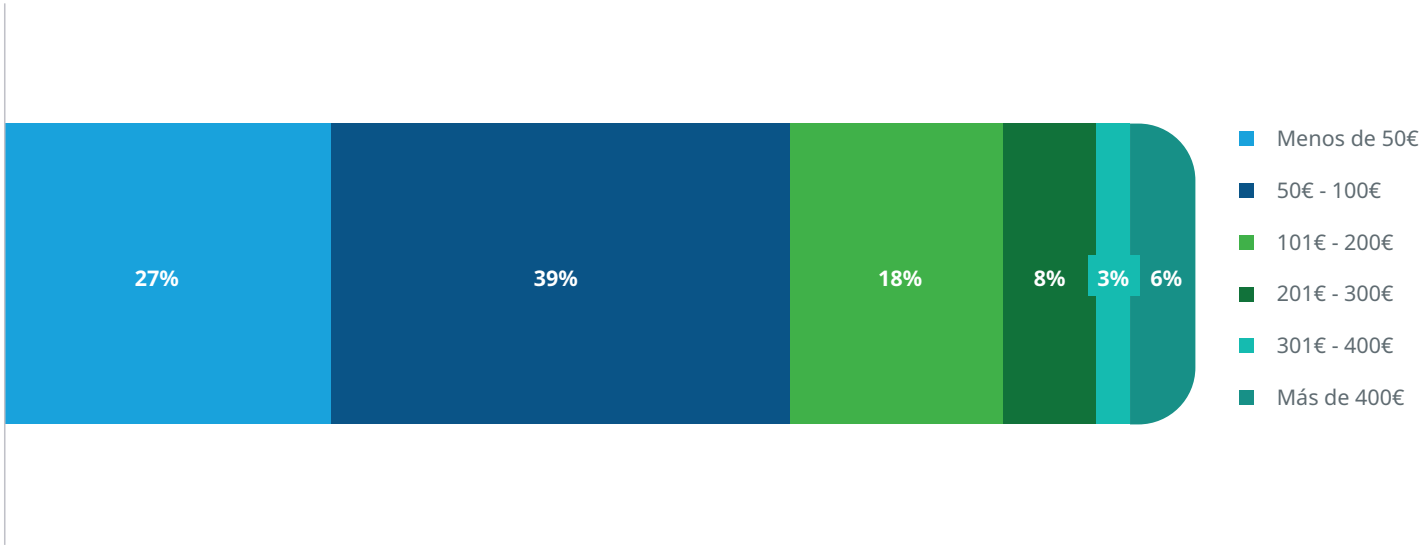
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto que, pese a tratarse de una enfermedad crónica asociada a una elevada carga de comorbilidades, la gestión del peso continúa siendo mayoritariamente autogestionada. Aunque el acompañamiento profesional aumenta en los casos más graves, el abordaje sigue dependiendo en gran medida de la iniciativa individual del paciente, poniendo de relieve la oportunidad de avanzar hacia modelos de atención más estructurados y multidisciplinares.

Disposición a pagar por programas de pérdida de peso

Más allá de los tratamientos farmacológicos, el estudio analiza la disposición de los pacientes a asumir un coste directo por soluciones orientadas a la pérdida de peso. Los resultados muestran que esta disposición es limitada: el 42% de la población encuestada estaría dispuesta a pagar por este tipo de alternativas, mientras que el 58% no asumiría ningún coste adicional.

Figura 18 - Disposición a pagar de las personas con sobrepeso y obesidad que están dispuestas a pagar por soluciones para reducir el peso



Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Entre quienes sí estarían dispuestos a pagar, la cuantía máxima se concentra mayoritariamente en importes moderados. Casi dos tercios de los pacientes se sitúan por debajo de los 100 euros mensuales, con un 27,4% dispuesto a pagar menos de 50 euros y un 38,5% entre 50 y 100 euros. Solo una minoría declara estar dispuesta a asumir importes superiores a 200 euros mensuales (ver Figura 18).

Desde una perspectiva socioeconómica, no se observa un gradiente claro en la disposición a pagar por nivel de ingresos: el porcentaje de pacientes dispuestos a asumir un coste se mantiene en torno al 40% en la mayoría de los tramos de renta. Por clase social, la disposición es algo mayor entre los pacientes de clase alta, aunque las diferencias frente a clases medias y bajas son moderadas.

En conjunto, los resultados sugieren que existe cierta predisposición a pagar por soluciones de pérdida de peso no farmacológicas, pero dentro de límites económicos relativamente contenidos.

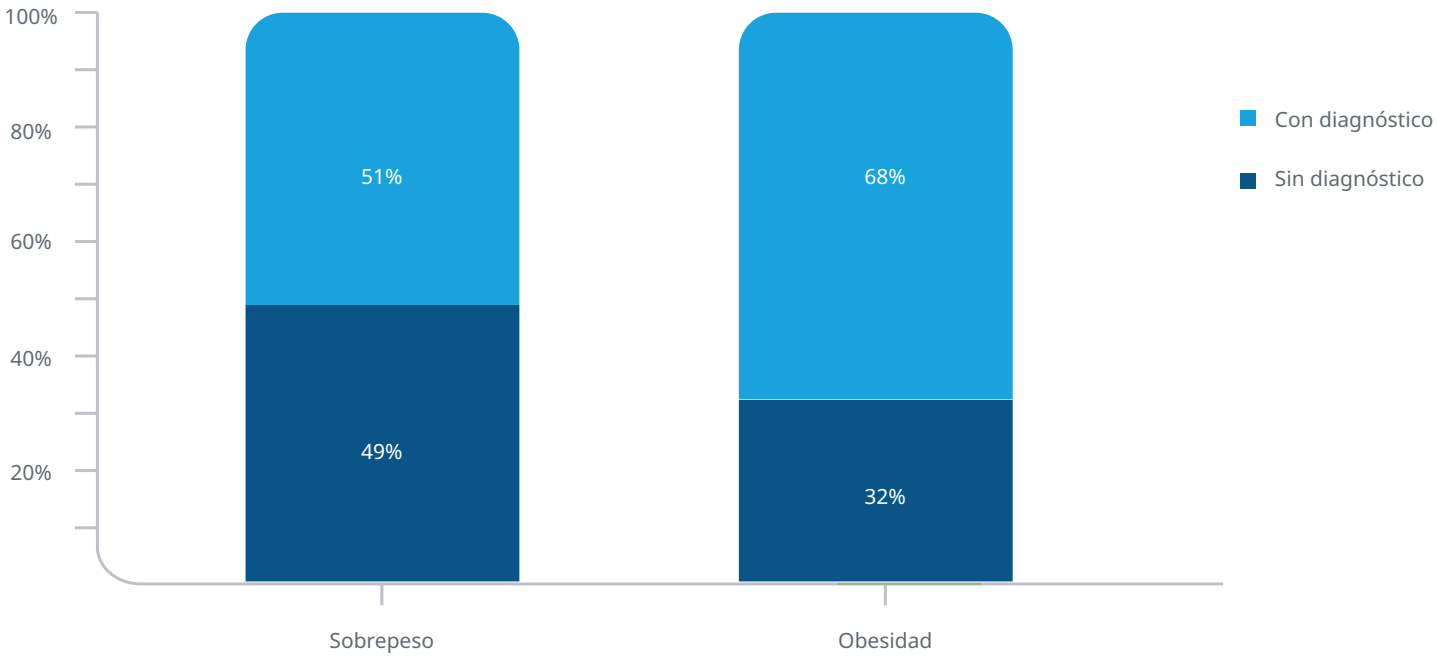


Diagnóstico y cronicidad del exceso de peso

En la actualidad, muchos pacientes con exceso de peso no están diagnosticados. El análisis muestra una relación entre la severidad del exceso de peso y la probabilidad de haber recibido un diagnóstico clínico.

Mientras que cerca de la mitad de los pacientes con sobrepeso declara haber sido diagnosticado, esta proporción aumenta hasta alcanzar el 68% entre los pacientes que viven con obesidad (ver Figura 19).

Figura 19 – Proporción de pacientes con diagnóstico establecido de exceso de peso



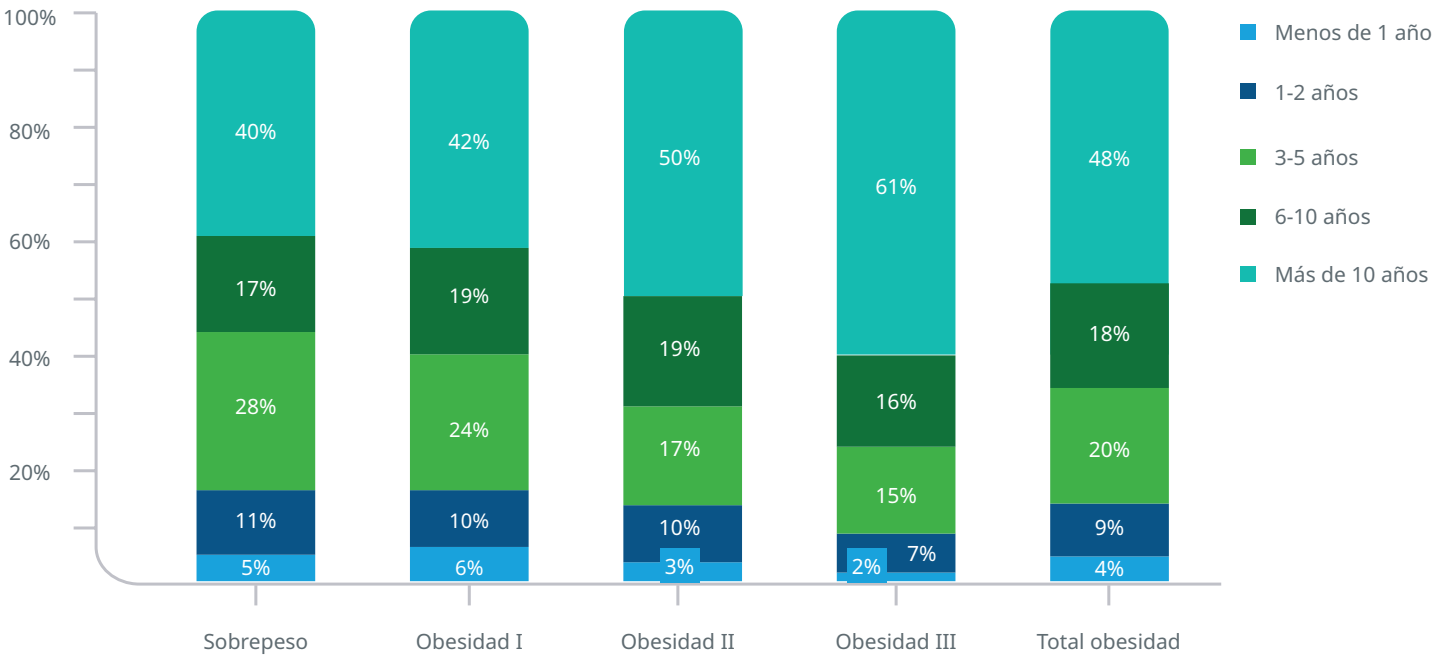
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

El tiempo desde el diagnóstico refuerza además la dimensión crónica de la obesidad. Entre los pacientes diagnosticados, casi la mitad de aquellos con obesidad refiere haber recibido el diagnóstico hace más de diez años. Esta proporción aumenta con la severidad: alcanza el 50,1% en obesidad grado II y el 60,5% en obesidad grado III (ver Figura 20).

Desde una perspectiva sociodemográfica, las diferencias en diagnóstico son más moderadas. Las mujeres reportan una mayor frecuencia de diagnóstico que los hombres, y la clase social alta presenta cifras ligeramente superiores a las clases media y baja. No obstante, el factor que muestra una asociación más clara con el diagnóstico es el nivel de IMC.

En conjunto, estos resultados sugieren que el diagnóstico de la obesidad debería interpretarse como parte de un proceso de seguimiento continuado, más que como un evento aislado, en línea con la naturaleza crónica de la enfermedad.

Figura 20 - Tiempo desde diagnóstico según nivel exceso peso



Nota: El nivel de Obesidad I hace referencia a un IMC de 30 a 34.9, el nivel de Obesidad II a un IMC de 35 a 39.9 y el nivel de Obesidad III a un IMC de >40. El sobrepeso corresponde a un IMC de 27 a 29.9 Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.



Acceso y uso de tratamientos GLP-1 en obesidad

Los agonistas del receptor GLP-1 han supuesto un punto de inflexión en el tratamiento de la obesidad, al convertirse en la primera alternativa farmacológica capaz de lograr pérdidas de peso clínicamente significativas y sostenidas, similares a la cirugía bariátrica. Sin embargo, en España, el acceso a estos tratamientos está condicionado por la ausencia de financiación pública para la indicación de obesidad, trasladando la carga económica al paciente.

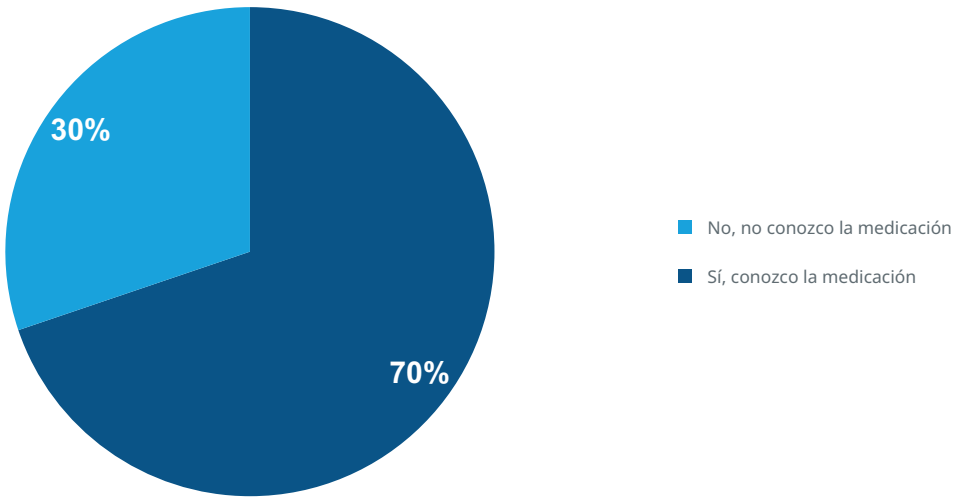
En este contexto, resulta relevante comprender cómo los pacientes conocen, acceden y utilizan estos tratamientos. Esta sección analiza el recorrido completo del paciente con los GLP-1, incluyendo el grado de conocimiento de estas terapias, el perfil de los pacientes que las utilizan, las motivaciones que impulsan su uso, las vías de acceso al tratamiento, la duración de la terapia, las barreras que condicionan tanto su inicio como su continuidad y, finalmente, la disposición de los pacientes a asumir su coste.

Con el objetivo de aislar el uso de los GLP-1 en el contexto específico de la obesidad, todos los análisis incluidos en este apartado se han realizado exclusivamente sobre pacientes sin diabetes.

Conocimiento y adopción de los tratamientos GLP-1

El conocimiento de los tratamientos basados en GLP-1 es ya elevado entre los pacientes con exceso de peso. Cerca del 70% de los encuestados que no padecen diabetes afirma conocer este tipo de terapias; sin embargo, esta elevada notoriedad no se traduce en una utilización generalizada. Únicamente el 8,2% de los pacientes declara estar utilizando actualmente un GLP-1, mientras que un 8,7% lo ha utilizado únicamente en el pasado (ver Figura 21). Aunque los GLP-1 forman parte cada vez más de la conversación pública sobre obesidad, más de ocho de cada diez pacientes nunca han llegado a utilizarlos.

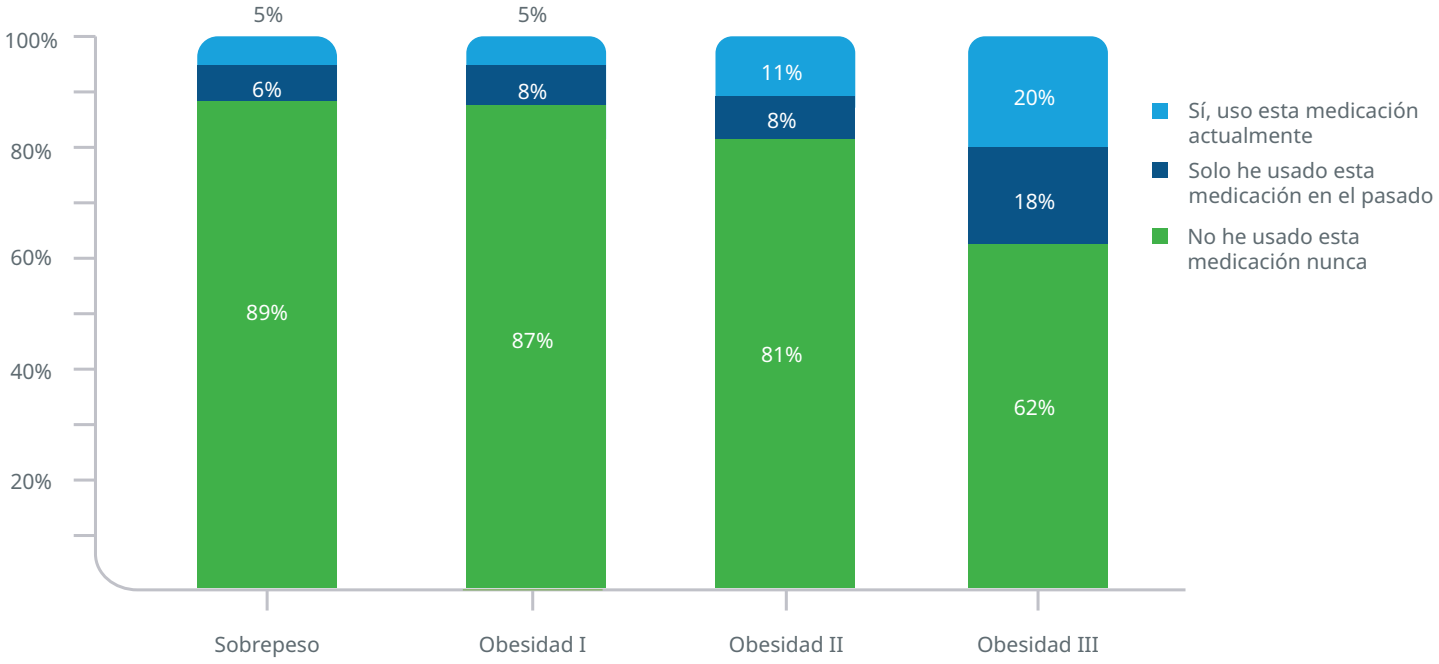
Figura 21 – Proporción pacientes con obesidad y sobrepeso que conocen la medicación GLP-1



Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

El conocimiento de los GLP-1 varía entre perfiles de pacientes. Las mujeres presentan un mayor nivel de conocimiento que los hombres (75% vs. 66%) y, desde una perspectiva socioeconómica, se observa un claro gradiente positivo, con niveles de conocimiento que aumentan desde el 60% en los hogares de menor renta hasta el 78% en los de mayor renta. De forma similar, los pacientes de clase social alta muestran una mayor familiaridad con estos tratamientos que aquellos de clase media o baja. Por edad, el conocimiento es relativamente homogéneo, aunque ligeramente superior entre los pacientes de 25 a 54 años, mientras que las diferencias por nivel de IMC son menos acusadas, manteniéndose entre el 66% y el 73% en todos los grupos. En conjunto, estos resultados sugieren que la familiaridad con los GLP-1 está influida no solo por la situación clínica del paciente, sino también por factores sociodemográficos y de acceso a la información.

Figura 22 - Proporción de pacientes con obesidad y sobrepeso que han utilizado medicación GLP-1



Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

La utilización de estos tratamientos aumenta de forma clara a medida que crece la gravedad de la condición. Mientras que el 5% de pacientes que vive con obesidad grado I se encuentra actualmente en tratamiento, esta proporción alcanza el 11% en obesidad grado II y el 20% en obesidad grado III (ver Figura 22). Si se considera tanto el uso actual como el pasado, cerca del 38% de pacientes que vive con obesidad grado III ha tenido experiencia con estos tratamientos, frente al 12% de los pacientes con sobrepeso.

También se observan diferencias entre grupos poblacionales. Las mujeres presentan una mayor utilización de GLP-1 que los hombres, tanto en uso actual (11% frente a 6%) como en uso histórico (11% frente a 7%). Por el contrario, las diferencias por clase social e ingresos son menos evidentes, con porcentajes de uso relativamente similares entre grupos.

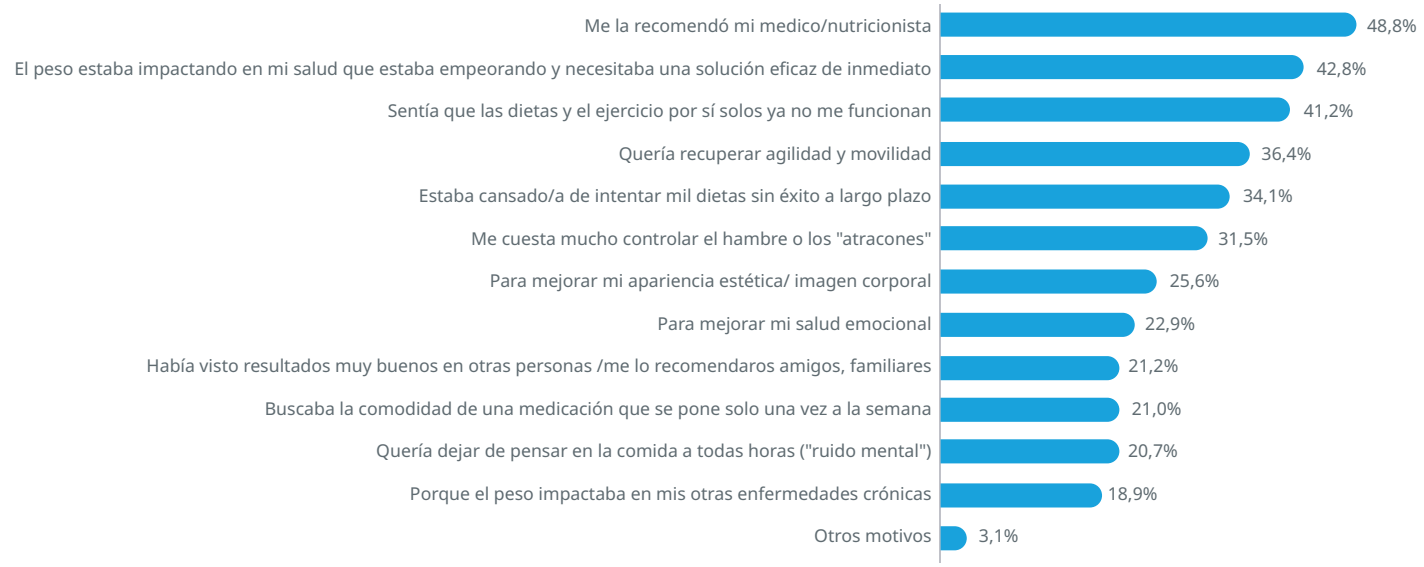
En conjunto, los resultados sugieren que la adopción de los GLP-1 responde principalmente a la necesidad clínica asociada a una mayor severidad de la obesidad.

Sin embargo, el hecho de que solo una pequeña proporción de pacientes los utilice actualmente, a pesar de su elevado nivel de conocimiento, apunta a la existencia de barreras adicionales que condicionan el acceso a estos tratamientos y que se analizarán en los siguientes apartados.

Motivaciones de uso y vía de acceso al tratamiento

El inicio del tratamiento con GLP-1 responde principalmente a una combinación de recomendación profesional, deterioro percibido de la salud y fracaso de estrategias previas de pérdida de peso.

Figura 23 – Principales motivaciones para iniciar el tratamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad (% de pacientes)



Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

El motivo más frecuente es la recomendación de un médico o nutricionista, mencionado por casi la mitad de los pacientes tratados (49%), seguido del impacto negativo del peso sobre la salud y la necesidad de una solución eficaz (43%), así como la percepción de que la dieta y el ejercicio por sí solos ya no resultaban suficientes (41%) (ver Figura 23).

Más allá de la pérdida de peso como objetivo general, los resultados muestran que los pacientes inician estos tratamientos en un contexto de elevada carga física, funcional y emocional. Una proporción relevante declara buscar recuperar agilidad y movilidad (36%), controlar mejor el hambre o los atracones (32%), dejar de pensar constantemente en la comida (21%) o mejorar su salud emocional (23%). La motivación estética también está presente, aunque aparece por detrás de los motivos relacionados con la salud, la funcionalidad y el agotamiento tras múltiples intentos fallidos de pérdida de peso.

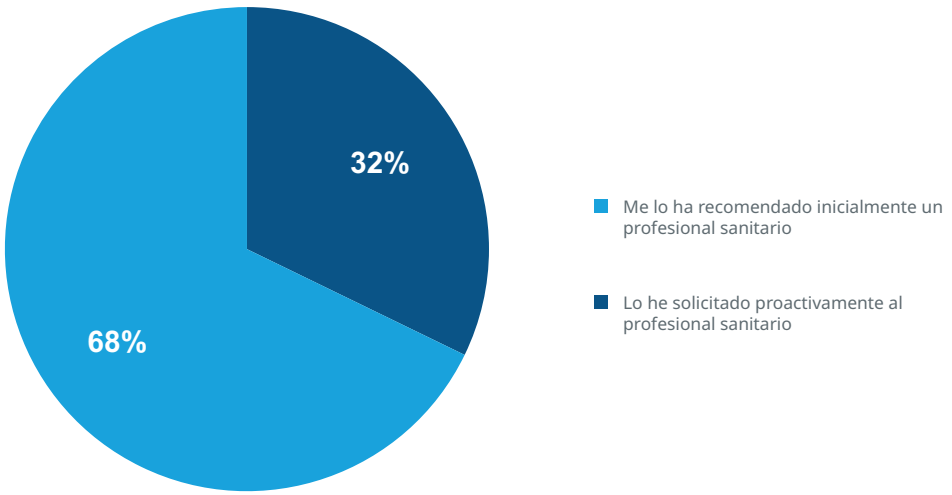
No obstante, las motivaciones varían según el perfil de paciente. Entre los pacientes con sobrepeso, la motivación estética constituye un motivo significativamente más relevante que entre aquellos con obesidad (37% frente a 23% en el conjunto de pacientes que vive con obesidad), lo que sugiere una mayor orientación hacia objetivos de imagen en fases menos avanzadas del exceso de peso. De forma similar, la importancia atribuida a la imagen corporal disminuye

progresivamente con la edad: mientras que alrededor de un tercio de los pacientes de entre 25 y 44 años la menciona como motivo de uso, esta proporción se reduce hasta situarse en torno al 20% en los grupos de mayor edad.

Asimismo, se observan diferencias por nivel socioeconómico. Los pacientes de clase alta muestran una mayor influencia del entorno cercano, siendo más frecuente que mencionen los buenos resultados observados en otras personas o las recomendaciones de amigos y familiares como desencadenantes para iniciar el tratamiento (37%, frente al 19% en clase media y 15% en clase baja). Por el contrario, la motivación estética adquiere una relevancia ligeramente superior entre los pacientes de clase social baja (29%) respecto a los de clase media (22%) y alta (25%).

De forma adicional, entre los pacientes con diagnóstico previo, las motivaciones de inicio aparecen más ligadas a la recomendación profesional y al impacto del peso sobre la salud, lo que sugiere que el reconocimiento clínico de la obesidad favorece una aproximación más terapéutica y menos exclusivamente individual al tratamiento.

Figura 24 - Vía de inicio del tratamiento con GLP-1 (% de pacientes con sobrepeso y obesidad)



Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Más allá de las motivaciones que impulsan el uso de estos tratamientos, resulta relevante analizar cómo se produce el acceso al GLP-1. En dos de cada tres casos (68%), el tratamiento fue recomendado inicialmente por un profesional sanitario, mientras que aproximadamente un tercio de los pacientes lo solicitó de forma proactiva durante la consulta (ver Figura 24). Este patrón sugiere que, aunque existe una demanda activa por parte de algunos pacientes, el inicio del tratamiento sigue siendo impulsado mayoritariamente por el profesional sanitario.

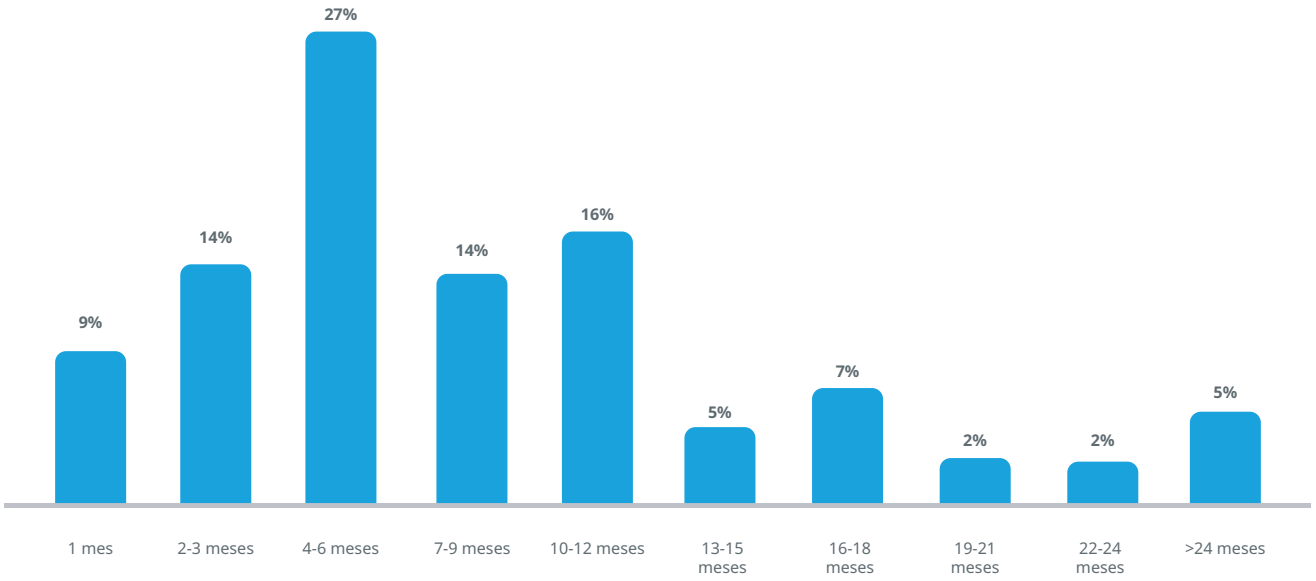
En conjunto, los resultados muestran que el uso de GLP-1 no responde únicamente a una motivación estética, sino principalmente a una necesidad percibida de mayor eficacia tras intentos previos de control del peso y a un impacto creciente de la obesidad sobre la salud y la

calidad de vida. Sin embargo, el hecho de que el acceso esté clínicamente mediado, pero económicamente asumido por el paciente, anticipa una tensión relevante: la capacidad real de sostener el tratamiento depende en gran medida de los recursos económicos disponibles por parte del paciente.

Persistencia y discontinuación

El análisis de la duración del tratamiento muestra que el uso de medicación para el tratamiento del sobrepeso u obesidad tiende a concentrarse en períodos relativamente cortos. Aproximadamente la mitad de los pacientes ha tomado el tratamiento, o continúa tomándolo, durante un máximo de seis meses, siendo el tramo de 4 a 6 meses el más frecuente (27,3%).
En cambio, los tratamientos de larga duración son minoritarios: solo alrededor de uno de cada cinco pacientes supera los 12 meses de tratamiento (ver Figura 25).

Figura 25 - Duración del tratamiento GLP-1 en pacientes con sobrepeso u obesidad (% pacientes)

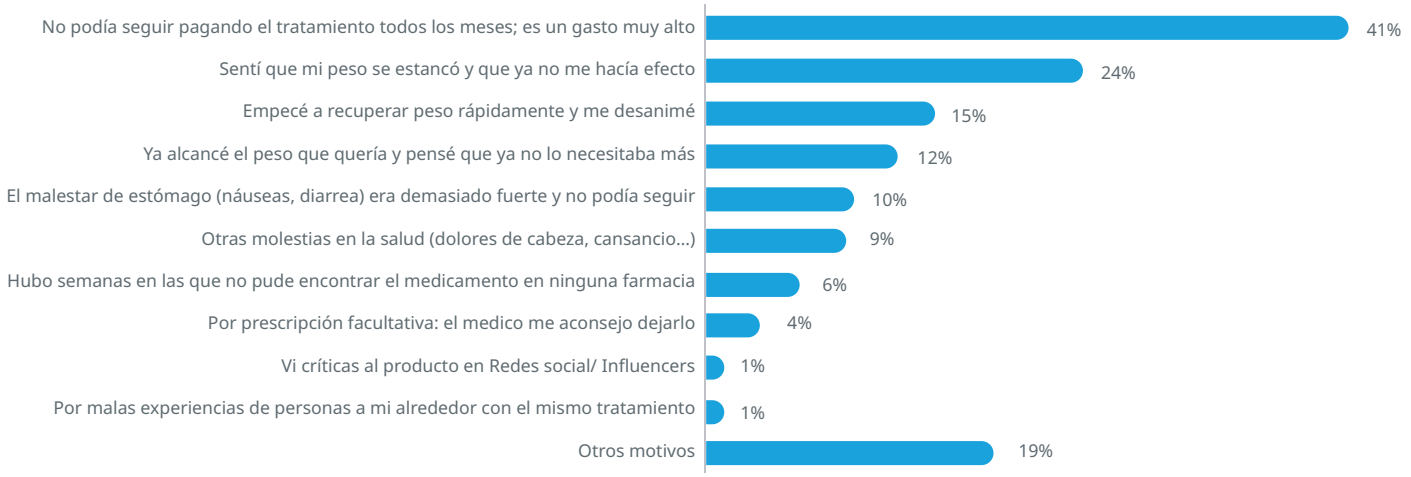


Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Al segmentar por perfil de paciente, no se observa una correlación claramente consistente entre la duración del tratamiento y variables como sexo, clase social, nivel de ingresos, edad o nivel de IMC. Aunque existen diferencias puntuales entre grupos, los resultados no muestran un gradiente suficientemente robusto como para concluir que alguno de estos factores determine de forma clara la persistencia terapéutica. En conjunto, la limitada duración del tratamiento parece ser un patrón relativamente transversal entre los pacientes tratados.

Este resultado sugiere que la continuidad terapéutica no plantea únicamente un problema de desigualdad entre niveles de renta, sino también un reto más amplio de sostenibilidad cuando el coste recae íntegramente sobre el paciente. Esta interpretación debe matizarse por el hecho de que la experiencia de uso de GLP-1 en obesidad en España es todavía relativamente reciente, por lo que las respuestas pueden reflejar tanto barreras económicas reales como una limitada familiaridad del paciente con tratamientos farmacológicos de larga duración para una enfermedad crónica.

Figura 26 - Principales motivos de abandono del tratamiento GLP-1 (% pacientes con sobrepeso y obesidad)



Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Entre quienes iniciaron el tratamiento y posteriormente lo abandonaron, el principal motivo de discontinuación es económico. El 41,4% de los pacientes declara que no podía seguir pagando el tratamiento todos los meses por tratarse de un gasto muy elevado, situando el coste como la principal barrera para la continuidad terapéutica (ver Figura 26). Este motivo aparece por encima de otros factores como la percepción de estancamiento o falta de efecto (24,3%), haber empezado a recuperar peso y desanimarse (14,8%), haber alcanzado el peso deseado (12,4%) o la aparición de molestias gastrointestinales como náuseas o diarrea (9,6%).

Desde una perspectiva sociodemográfica, el coste adquiere especial relevancia en determinados grupos. Las mujeres declaran con mayor frecuencia que los hombres haber abandonado el tratamiento por no poder asumir el pago mensual (54% frente a 24%).

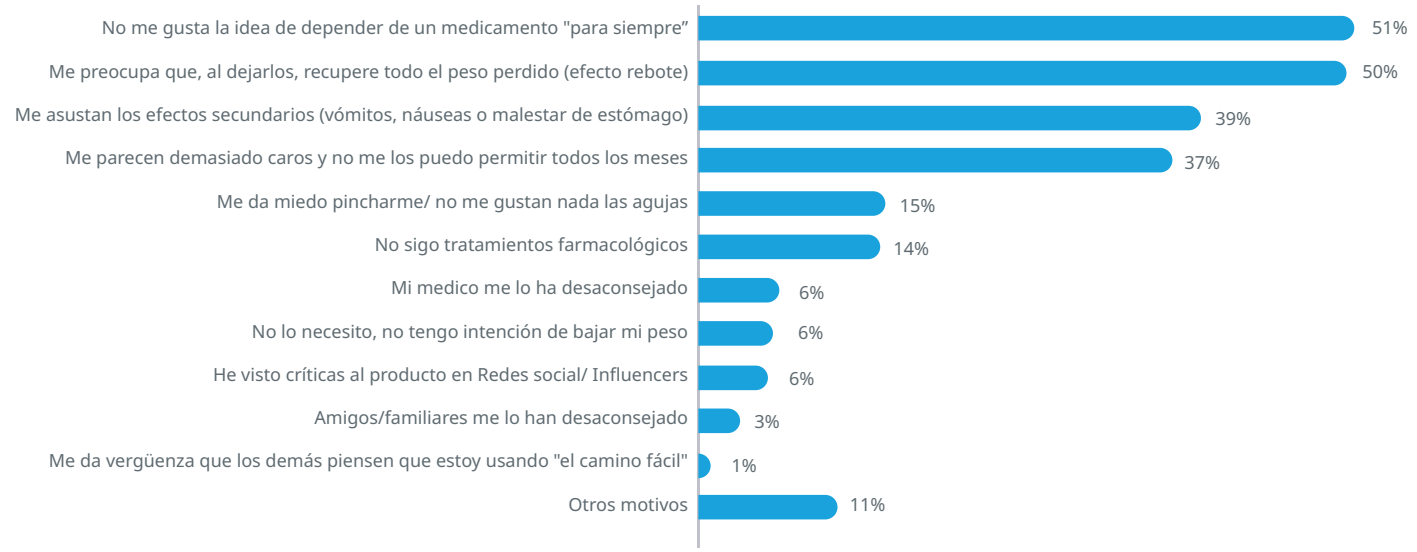
Asimismo, esta barrera económica es más frecuente entre los pacientes de clase social baja, donde el 44% señala el coste como motivo de abandono, frente al 35% en la clase social alta.

En conjunto, los resultados apuntan a que la persistencia en el tratamiento no depende únicamente de la tolerabilidad o de la eficacia percibida, sino de la capacidad del paciente para sostener el coste en el tiempo.

Barreras de acceso

El análisis de las barreras para considerar el inicio de un tratamiento GLP-1 muestra que la decisión de no iniciar estos fármacos responde a una combinación de factores económicos, clínicos y actitudinales.

Figura 27 - Barreras de acceso al tratamiento GLP-1 (% pacientes con sobrepeso y obesidad)



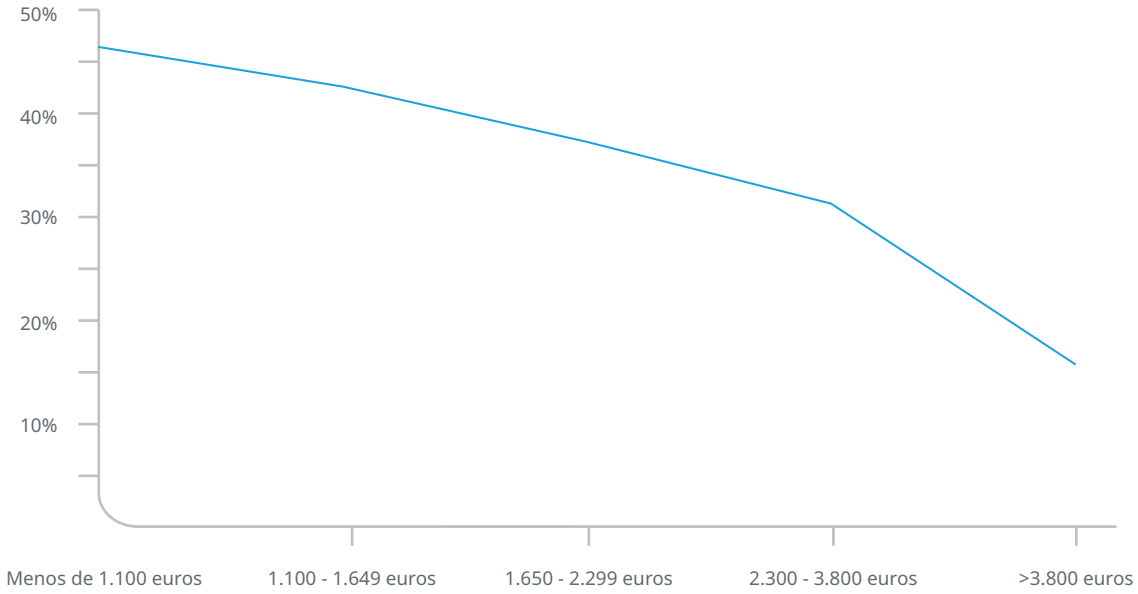
Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

Las principales barreras declaradas son el rechazo a depender de un tratamiento farmacológico de forma indefinida (51%) y la preocupación por recuperar el peso perdido tras suspender el tratamiento (50%), lo que refleja una posible dificultad por parte del paciente para interpretar la obesidad como una enfermedad crónica (ver Figura 27).

Junto a estas dudas sobre la dependencia, también destacan barreras vinculadas a la tolerabilidad: un 39% de los pacientes menciona el miedo a los efectos secundarios, especialmente molestias gastrointestinales como náuseas, vómitos o malestar de estómago.



Figura 28 - % de pacientes que opinan como barrera de acceso al tratamiento GLP-1
"Me parecen demasiado caros y no me los puedo permitir todos los meses", según nivel de ingresos



Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

El coste constituye otra barrera relevante para el inicio. En conjunto, el 37% de los pacientes considera que estos tratamientos suponen un esfuerzo económico muy elevado, y no podría permitírselos todos los meses. Esta barrera muestra un gradiente consistente por nivel de ingresos: afecta al 46% de los pacientes con rentas inferiores a 1.100 € mensuales y al 42% de aquellos con ingresos entre 1.100 € y 1.649 €, frente al 16% entre los pacientes con ingresos superiores a 3.800 € (ver Figura 28).

Por nivel de IMC, las barreras también se mantienen relevantes en los grados más avanzados de obesidad. Entre los pacientes que viven con obesidad grado III, el coste alcanza el 54%, mientras que el miedo a los efectos secundarios y al efecto rebote se sitúan en torno al 55-58%. Esto sugiere que incluso los pacientes con mayor severidad clínica pueden encontrar obstáculos significativos para iniciar el tratamiento, tanto por razones económicas como por dudas sobre su tolerabilidad y continuidad.

Desde una perspectiva sociodemográfica, no se observa una correlación claramente robusta con todas las variables analizadas. Las diferencias por clase social son moderadas, aunque la clase baja declara con mayor frecuencia que el tratamiento es demasiado caro. Por sexo, las mujeres mencionan más el coste, el miedo al efecto rebote y los efectos secundarios, mientras que los hombres declaran con mayor frecuencia no seguir tratamientos farmacológicos o no considerar necesario bajar de peso. Por edad, los resultados sugieren una mayor preocupación por agujas, efectos secundarios y dependencia en los grupos más jóvenes.

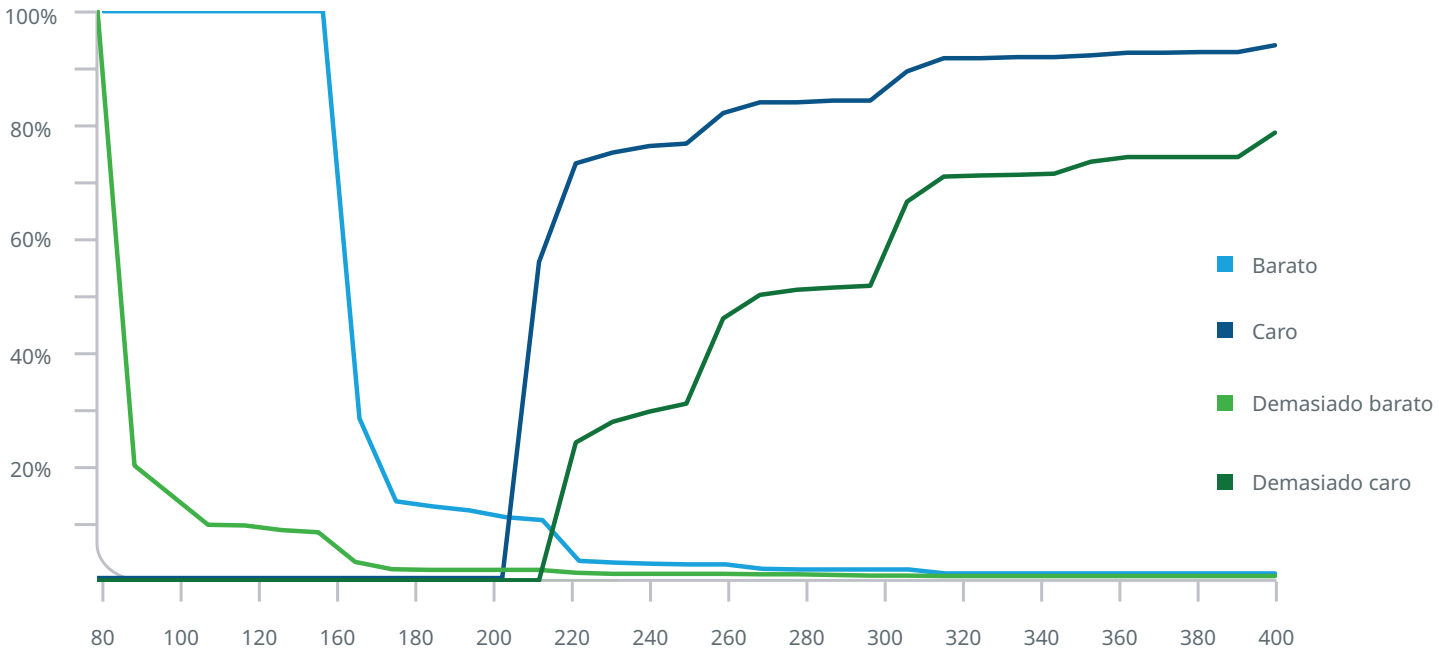
En conjunto, los resultados muestran que las barreras de acceso inicial a los GLP-1 van más allá del precio. Aunque el coste sigue siendo un factor determinante para una parte importante de los pacientes, la combinación de incertidumbre sobre la duración del tratamiento, la limitada comprensión de la cronicidad de la obesidad, el miedo al efecto rebote y la preocupación por los efectos secundarios puede frenar el inicio de la terapia incluso entre pacientes con exceso de peso relevante. Este

bloque refuerza, por tanto, que el acceso no depende únicamente de conocer el tratamiento o recibir una recomendación médica, sino también de la percepción de seguridad, sostenibilidad y capacidad económica para asumirlo en el tiempo.

Disposición económica y sostenibilidad del acceso

El análisis de la disposición a pagar permite dimensionar el umbral económico que los pacientes perciben como aceptable para acceder a tratamientos GLP-1. Para ello, se ha utilizado la metodología Van Westendorp, y los resultados sitúan el precio de referencia percibido en torno a los 200 euros mensuales (ver Figura 29).

Figura 29 – Disposición a pagar según niveles de precio



Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

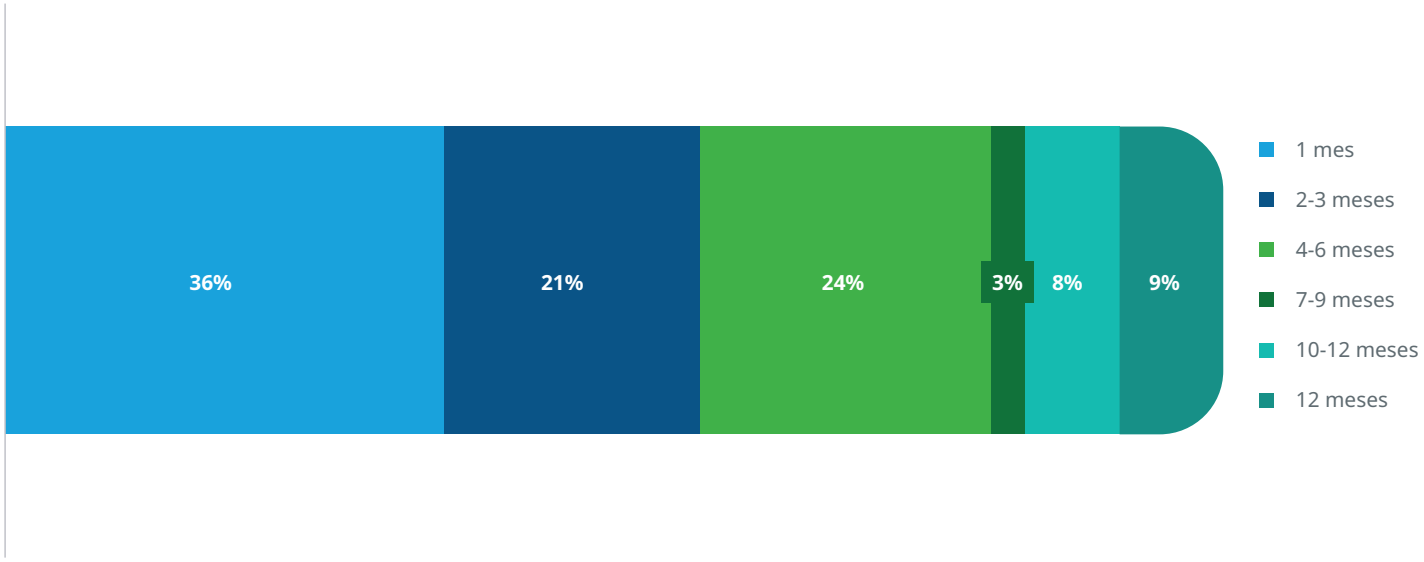
A partir de dicho precio, la percepción de encarecimiento aumenta de forma notable, lo que sugiere que los pacientes reconocen un valor terapéutico relevante en estos tratamientos, pero dentro de unos límites económicos definidos. Esta cifra se mantiene relativamente estable entre clases sociales, sin diferencias significativas entre estratos socioeconómicos, lo que sugiere que la percepción de valor del tratamiento es relativamente transversal.

Sin embargo, que el precio de referencia percibido sea similar entre grupos no implica que el esfuerzo económico sea equivalente, dado que un coste mensual de 200 euros representa una carga proporcionalmente mayor para un hogar con ingresos inferiores a 1.100 euros que para uno con ingresos superiores a 3.800 euros.

Si analizamos el tiempo durante el cual los pacientes estarían dispuestos a financiar el tratamiento, el 81%

declara que asumiría el coste durante un periodo igual o inferior a seis meses: un 36% durante un mes, un 21% entre dos y tres meses y un 24% entre cuatro y seis meses (ver Figura 30). Por el contrario, solo una minoría estaría dispuesta a mantener el pago durante períodos más prolongados, con un 8% entre 10 y 12 meses y un 9% durante más de 12 meses. De nuevo, esta situación contrasta con el carácter crónico de la obesidad.

Figura 30 - Tiempo durante el cual los pacientes están dispuestos a pagar el tratamiento de su bolsillo (% pacientes con sobrepeso y obesidad)



Nota: Se excluyen pacientes diabéticos
Fuente: Encuesta a 1.263 pacientes con sobrepeso y obesidad, con cuotas muestrales orientadas a reflejar la distribución nacional, durante el mes de abril de 2026.

El nivel de ingresos condiciona especialmente la duración del esfuerzo económico. Entre los pacientes con rentas inferiores a 1.100 euros, casi la mitad estaría dispuesta a pagar únicamente durante un mes, frente al 29% entre aquellos con ingresos superiores a 3.800 euros. En sentido contrario, la disposición a pagar durante cuatro a seis meses aumenta en los tramos de mayor renta, alcanzando el 31% entre los pacientes con ingresos superiores a 3.800 euros, frente al 21% en el tramo de menor renta.

Por nivel de IMC, se observa una mayor disposición a sostener el pago durante períodos más largos entre los pacientes que viven con obesidad frente a aquellos con sobrepeso. Mientras que el 43% de los pacientes con sobrepeso estaría dispuesto a pagar solo durante un mes, esta proporción desciende al 34% en el conjunto de pacientes que conviven con obesidad. Además, los pacientes con obesidad grado II y III muestran una mayor presencia en ventanas de pago superiores a los 10 meses, lo que podría reflejar una mayor percepción de necesidad terapéutica en los perfiles con mayor severidad clínica.

En conjunto, los resultados confirman un patrón recurrente a lo largo del análisis: la voluntad de tratar el exceso de peso existe en todos los segmentos, pero la capacidad de sostener económicamente el tratamiento en el tiempo está directamente condicionada por los recursos disponibles y por la severidad de la enfermedad. En ausencia de financiación pública, el coste mensual de los GLP-1 puede generar una brecha entre intención terapéutica y continuidad efectiva, afectando de forma desproporcionada a los pacientes con menor capacidad económica.

Conclusiones

Los resultados de este estudio, basado en 1.263 pacientes con sobrepeso u obesidad en España, muestran que la obesidad debe entenderse como una enfermedad compleja en la que interactúan factores biológicos, conductuales, sociales y económicos. El análisis realizado permite identificar cuatro conclusiones principales.

1. LA OBESIDAD PRESENTA UN IMPORTANTE COMPONENTE SOCIOECONÓMICO

La obesidad no se distribuye de forma homogénea en la población española. Los hallazgos reflejan una asociación consistente entre indicadores socioeconómicos y la carga de la enfermedad: los grupos con menor nivel educativo, menor nivel de ingresos y clases sociales más desfavorecidas presentan una mayor prevalencia de obesidad y, en determinados análisis, una mayor severidad del exceso de peso. Esta realidad parece estar relacionada, al menos en parte, con diferencias observadas en hábitos de actividad física y alimentación, reforzando el papel de los determinantes sociales en el desarrollo de la enfermedad.

2. LA OBESIDAD CONTINÚA SIENDO UNA ENFERMEDAD CRÓNICA AMPLIAMENTE AUTOGESTIONADA

La obesidad se asocia a una elevada carga de comorbilidades y constituye una condición crónica para los pacientes que la padecen. Sin embargo, a pesar de esta complejidad clínica, la gestión del peso continúa descansando principalmente sobre la iniciativa individual del paciente. Los cambios en la alimentación y la actividad física representan las estrategias más frecuentes, mientras que el acompañamiento profesional y los abordajes multidisciplinares mantienen un peso relativamente reducido, especialmente en las fases iniciales del exceso de peso.

Esta elevada autogestión puede reflejar no solo preferencias del paciente, sino también una persistente individualización del exceso de peso. La desalineación observada entre la situación clínica medida por IMC y la autopercepción corporal de algunos pacientes sugiere que el reconocimiento de la obesidad como enfermedad crónica puede constituir una barrera previa al acceso a modelos de manejo más estructurados. En este contexto, el exceso de peso puede seguir interpretándose en muchos casos como una cuestión de hábitos personales más que como una enfermedad crónica susceptible de diagnóstico, seguimiento y tratamiento sostenido.

No obstante, entre los pacientes que acceden a tratamientos farmacológicos se observa un mayor grado de acompañamiento por parte de profesionales sanitarios, especialmente endocrinólogos, médicos de atención primaria y nutricionistas. Este hallazgo sugiere que la incorporación de estas terapias se asocia a recorridos asistenciales más estructurados y con una mayor interacción con el sistema sanitario.

Estos resultados sugieren una oportunidad para avanzar en el reconocimiento temprano, el diagnóstico y el manejo estructurado de la obesidad como enfermedad crónica multifactorial, evitando que el abordaje recaiga de forma predominante en esfuerzos individuales y puntuales.

3. LOS TRATAMIENTOS GLP-1 HAN ABIERTO UNA NUEVA OPORTUNIDAD TERAPÉUTICA EN OBESIDAD

La evidencia observada indica un elevado nivel de conocimiento de los tratamientos GLP-1 entre las personas con exceso de peso, así como una utilización creciente a medida que aumenta la severidad de la enfermedad. Más allá de la pérdida de peso, los pacientes asocian estas terapias a beneficios relacionados con la salud, la funcionalidad, el control del apetito y la mejora de la calidad de vida. En conjunto, los datos sugieren que los GLP-1 han contribuido a transformar la percepción y las expectativas terapéuticas de una parte relevante de los pacientes con obesidad.

4. LA SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA EMERGE COMO UNO DE LOS PRINCIPALES RETOS PARA EL ACCESO Y LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

Aunque los pacientes reconocen valor tanto en los tratamientos GLP-1 como en otros recursos orientados a la pérdida de peso, la capacidad para sostener en el tiempo un abordaje efectivo de la obesidad aparece como un desafío relevante. La disposición a pagar muestra valores relativamente similares entre clases sociales, lo que sugiere una percepción de valor transversal. Sin embargo, que la percepción de valor sea compartida no implica que el esfuerzo económico sea equivalente: un mismo coste mensual representa una carga muy distinta según la renta disponible.

La duración observada de los tratamientos, la disposición limitada a financiar terapias prolongadas y la frecuencia con la que el coste aparece como motivo de abandono sugieren que la sostenibilidad económica es un factor determinante para la continuidad terapéutica. El coste de los GLP-1 constituye la barrera económica más visible y aparece como una preocupación transversal entre los pacientes, aunque los datos muestran que adquiere mayor relevancia en los hogares con menor nivel de ingresos. Sin embargo, este factor no agota el problema: incluso entre los pacientes con mayor renta, las expectativas declaradas de duración siguen siendo reducidas para una enfermedad crónica, lo que apunta a un reto de sostenibilidad que afecta de forma más intensa a los pacientes con menor capacidad económica, pero no se limita exclusivamente a este grupo.

Asimismo, este reto económico no debería interpretarse únicamente en relación con el tratamiento farmacológico. El abordaje efectivo de la obesidad puede requerir también recursos profesionales, conductuales y de seguimiento continuado, por lo que la sostenibilidad del tratamiento se integra en un desafío más amplio: sostener en el tiempo un modelo de manejo crónico, estructurado y accesible para distintos perfiles de paciente.

Por último, la preocupación por la dependencia del tratamiento y las expectativas de uso predominantemente temporales podrían reflejar la dificultad de trasladar al paciente el concepto de cronicidad en el manejo de la obesidad. En un contexto en el que la financiación pública para la indicación de obesidad no está disponible, este aspecto adquiere especial relevancia para el futuro abordaje de la enfermedad.

Reflexión final

En conjunto, los hallazgos ponen de manifiesto que el abordaje de la obesidad en España no puede limitarse a la prevención individual o a la disponibilidad de nuevas alternativas terapéuticas. La enfermedad afecta con mayor intensidad a los grupos socioeconómicamente más vulnerables, mientras que la continuidad de un abordaje terapéutico efectivo depende en gran medida de la capacidad económica del paciente.

Esta combinación plantea un riesgo relevante: que la innovación terapéutica y los modelos de manejo más estructurados, si no se acompañan de modelos de acceso sostenibles, diagnóstico temprano, apoyo clínico estructurado y un mayor reconocimiento de la obesidad como enfermedad crónica, amplíen las desigualdades ya existentes.

Reconocer la obesidad como una enfermedad crónica, multifactorial y atravesada por determinantes sociales exige, por tanto, estrategias que integren eficacia clínica, equidad y continuidad real del abordaje terapéutico.



Anexos

Detalle metodológico

El estudio de *primary market research* de IQVIA se basó en una encuesta cuantitativa *online* realizada en español a pacientes adultos residentes en España con exceso de peso. Las entrevistas se realizaron a lo largo del mes de abril de 2026. La muestra incluyó personas con un índice de masa corporal igual o superior a 27 kg/m², incorporando tanto pacientes con sobrepeso como con distintos grados de obesidad. La duración estimada del cuestionario fue de 10 a 15 minutos.

El cuestionario incluyó un bloque inicial de perfilado sociodemográfico y clínico, con información sobre sexo, edad, provincia de residencia, composición del hogar, nivel educativo, situación laboral, ocupación, clase social, ingresos mensuales netos del hogar, peso, altura, IMC, percepción corporal, diagnóstico previo de sobrepeso u obesidad y presencia de comorbilidades. La clasificación de clase social se construyó a partir del cruce entre nivel educativo, situación laboral y ocupación declarada. A efectos analíticos, las categorías iA1 e iA2 se agruparon como clase alta, iB e iC como clase media, e iD, iE1 e iE2 como clase baja.

El estudio exploró, además, la percepción y gestión del exceso de peso, incluyendo medidas adoptadas para el control ponderal, fuentes de apoyo utilizadas, disposición a pagar por programas de pérdida de peso, diagnóstico y tiempo desde el diagnóstico. Asimismo, se analizó el conocimiento, uso actual o pasado, motivaciones de inicio, vía de acceso, duración, discontinuación y barreras asociadas a los tratamientos farmacológicos con prescripción para el sobrepeso u obesidad.

Para el análisis de disposición económica hacia los tratamientos farmacológicos, se incorporó una aproximación basada en la metodología Van Westendorp *Price Sensitivity Meter*, planteando distintos umbrales de precio percibido —barato, caro, demasiado barato y demasiado caro— y una pregunta adicional sobre el tiempo durante el cual el paciente estaría dispuesto a asumir el coste mensual del tratamiento.

Los resultados deben interpretarse teniendo en cuenta que la información fue declarada por los propios participantes, por lo que puede estar sujeta a sesgos de recuerdo, percepción o autodeclaración. Con el objetivo de aislar el uso de tratamientos GLP-1 en el contexto específico del control de peso, los análisis relativos a conocimiento, uso, acceso y barreras de estos tratamientos se realizaron sobre pacientes sin diabetes.

Fuentes

1. OMS. *Obesity and overweight – Fact sheet*. who.int
2. Gutiérrez-Fisac JL et al. *Prevalencia de obesidad en España, 1987-2020*. Revista Española de Cardiología
3. AESAN. *Datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad en España*. aesan.gob.es
4. *Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Salud de España (ESdE). Año 2023. Publicada el 27 de mayo de 2025.*
5. OMS. *Directrices sobre el uso de arGLP-1 para tratar la obesidad*. Diciembre 2025
6. SEEN. *Fármacos para el tratamiento de la obesidad – Información para pacientes*. seen.es
7. *OCU. Medicamentos GLP-1 para perder peso: indicaciones, financiación y precio. ocu.org*
8. CDC. *Health Effects of Overweight and Obesity*. cdc.gov
9. The Lancet. *Obesity and multimorbidity*

CONTACT US

iqvia.com

© 2026. All rights reserved. IQVIA® is a registered trademark of IQVIA Inc. in the United States, the European Union, and various other countries.
09.2026.AMESE. Spanish