9 Consideraciones éticas, legales y de comunicación

El abordaje clínico de la obesidad exige un marco ético sólido que reconozca la dignidad, la autonomía y la diversidad de las personas que viven con esta enfermedad, condicionada por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. El peso corporal no define el valor, la responsabilidad ni la capacidad del paciente, y cualquier intervención debe realizarse desde el respeto, la empatía y la comprensión de la complejidad de la enfermedad.[1]

9.1 Marco ético asistencial

Tres principios sostienen la relación clínica con la persona con obesidad: dejar atrás el estigma del peso, respetar su autonomía y garantizar que el acceso al tratamiento no dependa de su situación económica o social.[1-3]

Tabla 1. Principios del marco ético asistencial.

Lucha contra el estigma	Autonomía del paciente	Equidad en el acceso
• Evitar expresiones culpabilizadoras y juicios implícitos. • Comunicación centrada en la salud, no en la apariencia. • El estigma deteriora la adherencia terapéutica y la salud mental. • Usar entrevista motivacional y lenguaje no estigmatizante.	• Respetar valores, preferencias y circunstancias vitales. • Evitar actitudes paternalistas en la consulta. • Acompañar y empoderar, no solo prescribir. • Toma de decisiones compartida como estándar.	• La obesidad afecta más a los grupos de menor nivel socioeconómico. • Adaptar las intervenciones a las posibilidades reales del paciente. • Facilitar el acceso a recursos comunitarios y apoyo psicológico. • Garantizar tratamiento basado en la evidencia para todos.

Fuente: Organización Médica Colegial, 2022[1]; Bretón *et al.*, 2026[2]; Lecube *et al.*, 2024[3].

Las personas con obesidad sufren con frecuencia discriminación en entornos clínicos, lo que genera desconfianza, retraso en la búsqueda de atención y abandono del seguimiento.[1] Por ello, la comunicación debe transmitir que la obesidad es una enfermedad tratable, no un fracaso personal; y la equidad exige no interpretar las desigualdades de acceso como falta de motivación, sino adaptar la intervención a la realidad de cada paciente.[3]

9.2 Obligaciones legales

El manejo de la obesidad conlleva obligaciones específicas en materia de consentimiento informado y documentación clínica, cuya calidad condiciona tanto la seguridad del paciente como la continuidad asistencial entre niveles.[1-2]

Tabla 2. Consentimiento informado y documentación clínica.

Consentimiento informado	Documentación clínica
• Proceso continuo, especialmente en farmacoterapia y cirugía bariátrica. • Información clara sobre beneficios, riesgos y alternativas. • Cirugía bariátrica: intervención irreversible, de máxima relevancia. • Asegurar la comprensión de la cronicidad de la enfermedad. • Implicaciones a largo plazo y compromiso con el seguimiento.	• Registrar evolución ponderal, comorbilidades e intervenciones. • Historia clínica compartida entre Atención Primaria y especialistas. • Informes estructurados con circuitos de derivación definidos. • Garantizar trazabilidad y evitar duplicidades asistenciales. • Una documentación incompleta compromete la seguridad y la responsabilidad profesional.

Fuente: Organización Médica Colegial, 2022[1]; Bretón *et al.,* 2026[2]; Eisenberg *et al.,* 2022[4]; Rubino *et al.,* 2025[5]; Busetto *et al.,* 2024[6].

En la cirugía bariátrica, por su carácter irreversible, el consentimiento informado adquiere especial relevancia: el profesional debe asegurarse de que el paciente comprende la cronicidad de la enfermedad y la necesidad de un acompañamiento permanente.[4] La historia clínica compartida y los circuitos de derivación bien definidos son, a su vez, la base legal y práctica de una continuidad asistencial segura.[5-6]

9.3 Comunicación clínica efectiva

La forma de comunicar pesa tanto como el contenido: una consulta centrada en la persona, con las herramientas adecuadas y en un entorno que proteja su intimidad, mejora la adherencia y el resultado clínico.[3]

Tabla 3. Claves de la comunicación clínica efectiva.

Enfoque centrado en la persona	Herramientas esenciales	Confidencialidad entorno
• Explorar expectativas, motivaciones y miedos del paciente. • Comunicación bidireccional, abierta y respetuosa. • Evitar objetivos irreales o intervenciones no deseadas. • Fijar metas de forma conjunta y progresiva.	• Escucha activa y empatía como pilares de la consulta. • Validación emocional de la experiencia del paciente. • Entrevista motivacional para explorar ambivalencias. • Lenguaje «primero la persona»: persona con obesidad.	• Conversaciones sobre el peso en un entorno privado y seguro. • Evitar básculas visibles o comentarios delante de terceros. • Proteger la intimidad para prevenir vergüenza o humillación. • Crear un espacio donde el paciente se sienta respetado.

Fuente: Lecube *et al.*, 2024[3].

Tabla 4. Coordinación interprofesional y tratamiento compartido.

Coordinación interprofesional	Claves del tratamiento compartido
• Médicos de familia, endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos, rehabilitadores. • Respeto mutuo y claridad en las responsabilidades de cada profesional. • La falta de comunicación genera errores y retrasos en el tratamiento. • Abordaje multidisciplinar que reconoce la complejidad de la enfermedad.	• El profesional aporta conocimiento científico y guía clínica. • El paciente aporta su experiencia, sus valores y su compromiso. • El tratamiento es un proceso sostenido, no un episodio puntual. • La adherencia mejora con confianza, empatía y metas realistas.

Fuente: Lecube *et al.*, 20243; Westbury *et al.*, 2023[8].

En conjunto, las consideraciones éticas, legales y de comunicación clínica constituyen la base sobre la que debe construirse cualquier intervención en obesidad.[7] El respeto, la empatía, la equidad, la transparencia y la coordinación son los elementos que permiten garantizar una atención de calidad, reducir el estigma y mejorar los resultados clínicos a lo largo de todo el recorrido asistencial del paciente.[8]

Bibliografía

1. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Madrid: OMC; 2022.
2. Bretón I, Fernández García JM, Vilarrasa N, Ramírez Arroyo V, de Hollanda A, Blay Cortés G, et al. Continuidad asistencial en la atención clínica de la obesidad. Endocrinol Diabetes Nutr. 2026;73(1):501658. doi: 10.1016/j.endinu.2025.501658
3. Lecube A, Azriel S, Barreiro E, Blay G, Carretero J, Ciudin A, et al. Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas. Madrid: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO); 2024.
4. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen RV, et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): indications for metabolic and bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2022;18(12):1345-56.
5. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221-62. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4
6. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, Halford JCG, Sbraccia P, Yumuk V, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. Nat Med. 2024;30(9):2395-9. doi: 10.1038/s41591-024-03095-3
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change and grow. 4th ed. New York: Guilford Press; 2023.
8. Westbury S, Oyebode O, van Rens T, Barber TM. Obesity stigma: causes, consequences, and potential solutions. Curr Obes Rep. 2023;12(1):10-23. doi: 10.1007/s13679-023-00495-3