

**DISCURSO DE INGRESO EN LA REAL  
ACADEMIA DE MEDICINA DE  
SALAMANCA**

***OBESIDAD EN LA EMBARAZADA.***

***CUESTIÓN DE SALUD. CUESTIÓN  
SOCIAL.***

**RICARDO SANTAMARÍA LOZANO**

**SALAMANCA, 14 DE OCTUBRE DE 2011**

## **OBESIDAD EN LA EMBARAZADA. CUESTIÓN DE SALUD, CUESTIÓN SOCIAL**

Siendo el buen yantar parte de la identidad de esta tierra, no será este conferenciante el que reniegue de él. El yantar es un acto de cultura, de comunicación, de placer. Pero, y aquí la duda, ¿el placer de comer va unido a la salud? ¿la percusión, en los sentidos, de comer unas deliciosas rosquillas caseras puede estar ensombrecida por una indeseada repercusión física?. La Organización Mundial de la Salud, la OMS, define salud como “un estado de bienestar físico, psíquico y social”, que en el caso de la nutrición, une la alimentación con un hecho tan social como la comida alrededor de una mesa. “La gente dice ‘me gusta esto, luego es bueno y sano’. Eso es engañarse”, dice Ferrán Adriá. Y continua diciendo, junto al cardiólogo Valentín Fuster, “Un estilo de vida saludable no está reñido con disfrutar comiendo. Hay que comer de mucha calidad y en su justa medida”. Y prosiguen: “Nunca habíamos tenido tanta información sobre alimentos y nunca antes habíamos comido tan mal. Si no comemos mejor y no cuidamos más nuestra salud no es porque nos falten datos. Es más bien porque en ocasiones no los tenemos en cuenta”.

Los extremos, en cualquier orden de la vida, nunca han sintonizado con la buena salud y aquí es donde justifica este conferenciante el contenido de este discurso. Una de las definiciones más comúnmente aceptadas de obesidad la considera como “una condición caracterizada por exceso de grasa corporal frecuentemente resultante en un significativo daño en la salud y la longevidad”. El exceso de peso es el sexto factor de riesgo que contribuye a la carga global de enfermedad en todo el mundo. La OMS utiliza como parámetro de medida en este terreno el índice de masa corporal (IMC), que relaciona el peso con la talla, definiendo el sobrepeso cuando este índice es igual o superior a 25, y la obesidad cuando es igual o superior a 30. Otro parámetro de valoración de la obesidad, entre los múltiples descritos, es la medida del perímetro abdominal, siendo éste más representativo de la grasa visceral y de riesgos cardiovasculares.

La OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el ámbito urbano. Según la Encuesta Europea de Salud de 2009, en España el 17% de los adultos presentan obesidad y el 36% sobrepeso. Esta situación es más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres y aumenta con la edad para ambos sexos, siendo estos datos similares a los observados en países de nuestro entorno.

La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. Se ha constatado que en el paleolítico la ingesta calórica no difería en gran medida de la actual. En la prehistoria, cuando se alternaban períodos de abundancia y escasez, el organismo desarrolló unas células especializadas, los adipocitos, capaces de almacenar calorías en forma de grasa en épocas de bonanza, para luego poder recurrir a esos depósitos en tiempos de penuria. Esa capacidad supuso una enorme ventaja de supervivencia a lo largo de miles de años. El problema es que, en la actualidad, con el sedentarismo y la superabundancia de alimentos, esas calorías almacenadas nunca llegan a consumirse.

El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud problema que aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC. Su incremento es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas en el adulto, y la obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad madura. La OMS la considera como la principal enfermedad mortal del milenio, equiparándola con el SIDA y la malnutrición (la llamada "paradoja global"), siendo la segunda causa de muerte prematura evitable en América y Europa después del tabaco. El coste económico que implica la obesidad se ha estimado, en nuestro país, que supone casi el 7% del gasto sanitario.

Con estos datos hay coincidencia en denominar a la obesidad como la epidemia del siglo XXI, problema, que si bien ha tenido un incremento notable en nuestra época, era relevante ya en los primeros tiempos de la medicina. Hipócrates escribió: “La corpulencia no es solamente una enfermedad por sí misma sino la puerta de entrada a otras”.

La obesidad impacta negativamente en la salud de la mujer de muy diversas formas. Incrementa el riesgo de diabetes, hipertensión y enfermedad coronaria, así como de la incidencia de patología de cadera y rodilla. Repercute igualmente tanto en la contracepción como en la fertilidad. La obesidad materna, y este es el objeto de este discurso, está ligada a múltiples problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio como más adelante apreciaremos. De igual forma, estas mujeres tienen un riesgo superior de padecer diversos cánceres de origen ginecológico. Estamos obligados a analizar el problema y planificar el futuro.

#### ¿A QUE SE DEBE LA OBESIDAD?

La obesidad es un proceso crónico con múltiples causas posibles pero, como ya se ha mencionado, hay que partir de un principio básico: el peso corporal y la ganancia de peso es el resultado del balance entre el aporte y el gasto energético.

Sería imposible hablar de una causa única y sí de múltiples factores posiblemente interrelacionados. En la obesidad nos enfrentamos a un complejo problema de origen multifactorial, con interacciones diversas entre las variantes de determinados genes y su relación con factores externos específicos de cada individuo. Sin lugar a dudas, la forma de vida actual es el mayor determinante de la obesidad y el sobrepeso. Resulta necesario reflexionar.

¿Qué comemos? Hacemos una dieta altamente calórica e irregular, basada en alimentos de composición inadecuada, excesivamente ricos en grasas, con ritmos nutricionales irregulares y abuso de las denominadas

“comidas rápidas”. Se ha perdido el hábito de las comidas caseras, como unas maravillosas judías pintas con arroz que hacía mi querida y siempre recordada suegra, y se consumen dudosos productos fruto de agresivas campañas de propaganda, con mayor repercusión en la población joven, nuestro futuro inmediato.

¿Y cómo vivimos? Se realiza menos actividad física, con escasa práctica deportiva. Los desplazamientos son en transporte rodado a los lugares de trabajo y estudio. Y un importante factor. La gran cantidad de horas consumidas ante la televisión o en actividades ligadas a la informática, en especial en la población infantil y juvenil, pero también en los adultos. Este significativo sedentarismo, junto a los componentes alimentarios, son los verdaderos causantes de la considerada epidemia actual, constituyendo, por tanto, un problema tanto social como de salud.

#### ¿QUE REPERCUSIONES TIENE LA OBESIDAD EN LA SALUD?

La esperanza de vida disminuye progresivamente en relación directa con el IMC cuando éste supera el rango de sobrepeso. En los casos en que este índice supone obesidad, se observa un aumento de aproximadamente entre el 50 y el 100% tanto de la mortalidad total como de la debida a enfermedad cardiovascular. El cortejo de patologías asociadas a esta situación es múltiple y, en gran número de ocasiones, con clara interrelación. La mayoría de estas comorbilidades se reflejan en el denominado síndrome metabólico, cuadro consistente en un conjunto de factores de riesgo asociados a la obesidad abdominal que incluyen la resistencia a la insulina, la dislipemia y la hipertensión arterial, con expresión clínica en forma de cardiopatías, principalmente coronarias, arterioesclerosis y diabetes tipo 2. A esto hay que unir dificultades respiratorias, problemas articulares, alteraciones hepáticas y patología biliar. Y algo muy importante. Muchos de estos procesos tienen clara prevención mediante pérdida de peso, con cambios dietéticos adecuados y moderado ejercicio físico.

La obesidad es una de las más importantes causas de cáncer con posibilidad de prevención en individuos no fumadores. Entre una tercera y una cuarta parte de los casos de cáncer de colon, mama, endometrio, riñón y esófago se estima que están relacionados con el exceso de peso y la inactividad física, con una relación causal difícil de definir.

La repercusión psicológica de la obesidad constituye en estos momentos un factor de singular importancia por los condicionantes que la sociedad actual plantea. La inseguridad por alteración de la imagen, la influencia de la publicidad y la discriminación que en ocasiones supone esta situación hacen de la misma un singular factor de riesgo, fundamentalmente en la mujer, tanto de procesos depresivos como de trastornos de la conducta alimenticia.

## LA OBESIDAD Y EL EMBARAZO

Las modificaciones fisiológicas que se dan en la embarazada para mantener la homeostasis en el complejo materno-fetal cambian radicalmente en estas gestantes, favoreciendo severos desajustes. Esto, unido a las repercusiones anteriormente mencionadas que la obesidad por sí misma genera, supone en la embarazada una seria condición de riesgo tanto para la madre como para el producto de la gestación.

Partiendo del hecho de que el exceso de peso es el proceso de riesgo con más frecuencia asociado al embarazo, y habiendo detallado los efectos secundarios que esta condición tiene sobre la población general y, en particular, sobre los mecanismos fisiológicos de adaptación en el embarazo, es necesario saber y tener presente ante que situaciones adversas puede encontrarse una gestante en orden a conocerlas, prevenirlas y, si procede, tratarlas.

## ¿COMO REPERCUTE LA OBESIDAD EN EL PRODUCTO DEL EMBARAZO?

Son más frecuentes los abortos de repetición en el primer trimestre. Se ha constatado la asociación entre obesidad y un incremento de la frecuencia de anomalías estructurales fetales, sin que se encuentren claras vías fisiopatológicas que lo explique, destacando, principalmente, los defectos del tubo neural y las anomalías cardíacas. Cuando a esta situación se asocia la diabetes, el riesgo se multiplica por tres. Se sugiere un efecto aditivo entre los dos procesos, hasta el punto de que algún autor los denomina “la pareja del crimen” por su potencial efecto negativo, así que, aunque la obesidad por sí misma se considera un factor de riesgo para defectos congénitos, las alteraciones metabólicas, particularmente la hiperglucemia, aumentan significativamente dicho riesgo.

En los hijos de madres con exceso ponderal y obesidad, y más aún si se asocia diabetes, está claramente demostrada una mayor incidencia de sobrepeso o macrosomía, condición que tiene una relación directa tanto con el peso materno como con la ganancia del mismo durante la gestación. Se ha observado un 40% de niños obesos cuya madre también lo era y un 70% cuando esta condición se daba en ambos padres. Este hecho supone en la descendencia de estas mujeres una mayor susceptibilidad de padecer los problemas generales descritos en relación con este proceso. Entorno gestacional, componente genético, influencia familiar y social. No conocemos la causa, pero sí las peligrosas consecuencias.

La mortalidad fetal inexplicada es un 50% mayor en gestantes con sobrepeso y dos veces superior en las obesas. Si no hay razones específicas que justifiquen todos los casos, debe tenerse presente que estos niños son más susceptibles de presentar una mayor tasa de morbilidad en la que influye la macrosomía, la prematuridad inducida por riesgo materno o fetal y la mayor frecuencia de malformaciones congénitas. El hijo macrosómico de madre obesa tiene mayor riesgo de presentar problemas en relación con el parto, de síndrome de membrana hialina, de requerir ventilación asistida y de síndrome

de aspiración meconial. Todos estos factores suponen un aumento de riesgo de morbimortalidad perinatal.

### ¿COMO REPERCUTE LA OBESIDAD EN LA GESTANTE?

En la gestación, los cambios hemodinámicos que acompañan a esta condición se traducen en hipertensión arterial, hemoconcentración y alteraciones de la función cardiaca. En general, la incidencia de hipertensión gestacional respecto a gestantes con normopeso se duplica en gestantes obesas y se triplica en aquellas con obesidad mórbida.

Uno de los factores fisiopatológicos más determinantes en esta situación es la resistencia a la insulina. Este hecho condiciona una mayor incidencia de diabetes gestacional en mujeres obesas que en la población general. El riesgo de presentar este proceso se multiplica por dos en las embarazadas con sobrepeso, por tres en las que presentan obesidad y por cuatro en situaciones de obesidad mórbida. En el plazo de 15 años, después de un embarazo complicado por diabetes gestacional, el 30% de las mujeres con normopeso desarrollarán una diabetes tipo 2, porcentaje que llega al 70% en el caso de las mujeres obesas.

La estasis venosa y los factores de actividad protrombótica que se dan tanto en la obesidad como en la gestación favorecen un aumento de riesgo tromboembólico en estas mujeres. A las limitaciones y problemas respiratorios descritos anteriormente en los obesos, se suma la limitación de los movimientos respiratorios en la gestante con estas características, lo que favorece, durante el sueño, ronquidos y pausas de apnea intermitente, que se ha relacionado con un mayor riesgo de complicaciones médicas asociadas al embarazo, tales como hipertensión y parto pretérmino. Hay descrito, igualmente, un mayor riesgo de litiasis biliar en estas mujeres.

Respecto al parto, se ha comprobado una mayor frecuencia de inducciones de parto en estas embarazadas. El cortejo de patología médica asociada y el riesgo fetal favorecen la finalización inducida de las gestaciones. Igualmente, se ha descrito una mayor frecuencia de distocias, con aumento de partos instrumentales, desgarros perineales, cesáreas y hemorragias postparto. Es menor la posibilidad de parto vaginal después de cesárea en estas pacientes y más probable la cesárea de urgencia. El período de dilatación se encuentra alargado tanto en parto inducido como espontáneo, así como la frecuencia de parto estacionado.

Hay dos factores importantes a tener en cuenta en el parto de estas pacientes. Por un lado, el control y la evaluación fetal están notablemente dificultados por las limitaciones físicas que condiciona la obesidad. Respecto a la madre, el riesgo en los procedimientos anestésicos es notable tanto en la aplicación de anestesia locoregional como general. Son más frecuentes las complicaciones perioperatorias relacionadas con la urgencia de las intervenciones, la mayor amplitud de las incisiones, la pérdida hemática excesiva, tiempos operatorios más largos, problemas de cicatrización y de infección, y tromboembolismos.

El puerperio es un período de gran riesgo en estas pacientes por los problemas que acaban de referirse en relación con el parto. Como consecuencia de estos, es habitual que requieran mayores períodos de hospitalización, precisando tener presente la necesidad de medidas preventivas específicas. Conforme se ha mencionado, hay más riesgos de infección de herida quirúrgica tanto en cicatriz de cesárea como en episiotomía, aumentando igualmente el riesgo de endometritis, así como de la formación de seromas y hematomas. Se ha descrito también una mayor incidencia de infecciones urinarias, de procesos trombóticos y de anemia postparto.

La obesidad materna se ha asociado con dificultades para la lactancia tanto por posibles trastornos hormonales como por las dificultades posturales que estas puérperas pueden presentar para una adecuada colocación del neonato para la lactación.

## DADO LO EXPUESTO, ¿COMO ATENDEREMOS A LA GESTANTE OBESA?

Los múltiples problemas y los riesgos descritos en estas mujeres cuando presentan o desean tener un embarazo obligan a unas actuaciones específicas orientadas a la prevención de los mismos. Estas gestaciones entran en la consideración de alto riesgo asociado a problemas tanto maternos como fetales, y el riesgo estará presente en los períodos antenatal, intraparto y postparto, extendiéndose más allá del nacimiento del hijo en cuanto a las repercusiones que sobre él pudieran presentarse. Es fundamental el reconocimiento de este hecho por el obstetra y la necesidad de aportar una asistencia integrada y multidisciplinaria implicando a la atención primaria, especialistas concretos según cada caso, anestesistas, matronas y dietistas. La asistencia deberá tener carácter educacional, preventivo y terapéutico según la etapa en que se encuentre y las condiciones de cada mujer, individualizando cada caso. Hay unas fases claramente definidas de intervención y los tres factores mencionados serán susceptibles de aplicar en cada una de ellas.

La atención a la mujer obesa antes de la gestación constituye una gran oportunidad para educarla sobre las ventajas de la planificación de sus embarazos, y sobre la importancia de la asistencia prenatal precoz, de su contenido y de su frecuencia. En este momento, la mujer y su familia son particularmente receptivas a las acciones educativas sobre su estilo de vida, y está especialmente motivada para modificar sus hábitos. Se realizará por el profesional sanitario que tenga más relación con la mujer o que sea responsable de su asistencia, siendo primordial en este terreno la labor en la atención primaria. Es el período apropiado para desarrollar las siguientes acciones:

- Identificar a las mujeres de riesgo según su IMC.
- Realizar una exhaustiva evaluación tanto clínica como analítica.

- Detectar si hay patología asociada a la obesidad.
- Tratar los problemas asociados antes de la gestación
- Informar, en función de esta valoración, de los riesgos durante el embarazo y de las posibles acciones a realizar durante el mismo con carácter preventivo y terapéutico.
- Aconsejar la disminución del peso con consejos nutricionales adecuados y la promoción del ejercicio físico.

Y, por último,

- Indicar la suplementación previa al embarazo de ácido fólico, yodo y cualquier otro factor deficitario que presente la mujer, principalmente hierro.

La información debe ser clara y concreta sobre su situación actual y las posibles repercusiones durante el embarazo, comprometiéndola y motivándola en las medidas preventivas y haciéndola partícipe de las posibles consecuencias adversas para ella y su descendencia. Es un momento apropiado para las acciones educativas y promotoras de la salud, no sólo en relación con la gestación, sino también en relación con su vida futura y los efectos adversos generales de la obesidad.

Una vez instaurado el embarazo, las medidas prioritarias irán encaminadas a la detección precoz de las posibles complicaciones y al tratamiento de las mismas si se han producido. Si la paciente no ha tenido la asistencia pregestacional mencionada, en la primera visita se realizará el proceso de información descrito anteriormente, haciendo especial énfasis en que la gestante sea consciente de los riesgos y, por tanto, de la necesidad de seguir unos consejos individualizados, tanto nutricionales como referidos a la actividad física, que podrán prevenir las complicaciones y, consecuentemente, supondrán beneficios para ella y su futuro hijo. Igualmente, se informará de las

acciones diagnósticas y terapéuticas posibles en función de cada caso, y de las dificultades que, para aplicarlas, pueden presentarse.

Los métodos exploratorios en estas embarazadas tienen unas claras limitaciones, fundamentalmente físicas. La medida de la tensión arterial deberá realizarse con manómetros apropiados al mayor diámetro del brazo, ya que un aparato inadecuado podrá aportar medidas erróneas. Las exploraciones clínicas encuentran unas dificultades derivadas del exceso de grasa corporal tanto en la exploración vaginal como, y sobre todo, en la exploración abdominal. Estas dificultades se hacen incluso más notables y con peores consecuencias en la evaluación ecográfica fetal. Los problemas de transmisión de ultrasonidos suponen una interferencia diagnóstica notable, siendo preciso un control ecográfico más estricto en estas pacientes. Similares limitaciones se plantean en la etapa final de la gestación si se requiere la monitorización cardiotocográfica externa, problema que se acentúa en el parto, aconsejándose durante el mismo el control interno por el notable riesgo de pérdida del bienestar fetal en estas pacientes.

Hay situaciones especiales que requieren una atención específica en relación con estas gestantes. En las últimas décadas, se ha multiplicado la frecuencia tanto de adolescentes embarazadas como de adolescentes obesas. La suma de estos dos factores de riesgo potencia los posibles efectos adversos. Es una etapa en la que resulta complejo transmitir adecuadamente la información y las conductas indicadas por los problemas de receptividad propias de la edad, pero en los que se hace más necesaria la labor formativa y la concienciación de una mujer en fase de desarrollo, con embarazos en gran número de casos no deseados, y posible inestabilidad familiar y social. Se ha descrito una mayor incidencia de trastornos hipertensivos, diabetes y cesáreas en estas mujeres con respecto a las de similar edad con normopeso. Problemas parecidos aunque por otros motivos se aprecian en gestantes de edad avanzada en las que la obesidad es el doble de frecuente que en edades más jóvenes y la posible patología asociada puede estar ya presente, en forma activa o latente, inclusive antes de que se desarrolle la gestación.

Con gran frecuencia no se tiene presente la influencia de la actividad laboral en el embarazo, no solo en el aspecto nutricional, siendo muy significativo el número de mujeres trabajadoras durante la gestación, y esto adquiere un papel de notable importancia en la gestante obesa. La asociación trabajo y embarazo ha de individualizarse en cada embarazada en función de la actividad que realice, las condiciones físicas y de salud de la mujer y la etapa de la gestación en que se desarrolle la actividad laboral. Las conductas alimentarias indicadas pueden estar alteradas por el trabajo cotidiano, la sobrecarga no sólo en el mismo sino, en gran número de casos, también en el hogar, y la dificultad de realizar una dieta adecuada tanto en composición como en distribución durante el día.

No puede desdeñarse, igualmente, el amplio grupo de mujeres en edad de procrear procedentes de la inmigración. Las frecuentes dificultades de comunicación, así como las costumbres socio-culturales y religiosas diferenciadas en cada colectivo según su procedencia, hacen de estas mujeres un significativo grupo de riesgo que obliga a una cuidadosa individualización de cada caso para aplicar la asistencia adecuada.

Durante el postparto resulta prioritaria la detección precoz de las posibles complicaciones descritas en esta fase. Se pondrá especial énfasis en la prevención de infecciones en la herida quirúrgica con consejos higiénicos específicos así como profilaxis antibiótica si procede. Se evaluará la pérdida sanguínea y la posible anemia para tratamiento adecuado, así como la prevención de problemas tromboembólicos.

Es de singular importancia el apoyo a la lactancia materna con una información clara sobre sus beneficios y sobre la solución de las dificultades que su instauración presenta. Los problemas asociados a la gestación y el puerperio hacen a estas pacientes muy susceptibles de presentar alteraciones psicológicas en esta etapa.

La actividad educacional, principalmente por el personal de enfermería, tanto a nivel hospitalario como domiciliario, resulta fundamental en este

aspecto. El puerperio es una etapa que requiere una gran sensibilidad para informar y educar tanto sobre su situación presente como su conducta de futuro en cuanto a hábitos nutricionales, actividad física y posibles riesgos a largo plazo, así como en el caso de métodos de planificación familiar y de posibles nuevas gestaciones.

## ¿QUE PROBLEMAS GENERALES PLANTEA LA OBESIDAD EN EL EMBARAZO?

Hemos hablado de un significativo porcentaje de la población gestante que presenta exceso de peso y de las complicaciones derivadas de esta condición. Como consecuencia de esto, la frecuencia y el número de evaluaciones clínicas de todo tipo, acciones terapéuticas, estancias hospitalarias y medidas extraordinarias están notablemente incrementadas, no sólo en relación con la situación de alto riesgo sino, como han demostrado diferentes estudios de utilización de recursos, en relación con la obesidad.

En resumen, en una gestante, un IMC superior a lo considerado normal se asocia a una mayor utilización de recursos sanitarios. Casi todos los incrementos de costes están relacionados con el aumento de la tasa de cesáreas, diabetes gestacional o preexistente y trastornos hipertensivos. Lo que desde un punto de vista general, como se ha expuesto en este trabajo, se considera un problema clínico, pasa a ser un serio problema sanitario, y por tanto social, que supone una importante sobrecarga económica para cualquier país por el notable aumento de recursos sanitarios que requiere.

Volviendo al título de este discurso, realmente la obesidad en la embarazada constituye un problema de salud y un significativo problema socioeconómico en cuanto a las serias complicaciones médicas que puede tener asociadas y, derivado de estas, la gran cantidad de recursos que demanda para su atención. Estamos ante una situación, el exceso de peso, que engloba al 30 - 40% de la población femenina española en edad

reproductiva, potencialmente susceptible de presentar una gestación y, consecuentemente, de presentar las complicaciones expuestas.

Conscientes de la situación en que nos encontramos en la actualidad, resultan imprescindibles las acciones encaminadas a prevenir el potencial riesgo en el futuro inmediato. El colectivo juvenil, como consecuencia de los factores sociales actuales que favorecen un sedentarismo importante y una alimentación inadecuada, es caldo de cultivo fácil para incrementar el porcentaje de población obesa en los próximos años.

Los responsables de la salud pública, políticos y personal sanitario coinciden en que es necesario tomar medidas para prevenir la obesidad y controlar la tendencia creciente ante la magnitud que el problema ha adquirido. La evidencia sugiere que es potencialmente más eficiente la prevención que limitarse al tratamiento para atajar las repercusiones de la obesidad. En los ámbitos familiar, escolar y comunitario han de plantearse, y así se ha hecho en nuestro país, dos objetivos claros y fundamentales: fomentar una alimentación saludable y promocionar una mayor actividad física.

La obesidad no es sólo un serio problema de salud. La obesidad es una importante cuestión social y, como miembros de la sociedad, todos estamos implicados.

A pesar de lo expuesto, no quisiera finalizar este discurso sin transmitir un sentimiento de ilusión. Sería posible colegir de mis palabras que he pretendido generar temor o duda sobre algo tan serio como la comida. No está en mi ánimo, créanme. ¿Cómo es posible denostar un placer que nos permite disfrutar de él al menos tres veces al día?

La sociedad en que vivimos nos atemoriza con sus sentencias contundentes, como las llamadas cuatro muertes blancas: sal, grasa, harina y azúcar. Tremendo. A buen seguro, y no mucho tardar, acabarán creando un nuevo impuesto fiscal sobre el cochinitillo, el farinato y el hornazo. Todo se andará. Y, al mismo tiempo, se nos anima a comer alimentos claramente contrarios a la buena salud. ¿Dónde está la verdad? Todo en su justa composición y en su justa proporción. Los médicos somos meros observadores de la naturaleza y administradores de los medios que, con las limitaciones del conocimiento, nos permiten, si no corregir los desórdenes naturales, sí, al menos, intentar prevenirlos. Al respecto de la alimentación, tenemos una clara función educadora, sin demonizar, pero con raciocinio.

La contradicción vital inherente a la condición humana nos lleva a situaciones extremas de disfrutar de una buena comida y, de inmediato, sentirnos culpables de haberlo hecho. Craso error. El insigne personaje que nos ha recibido a la puerta de esta universidad, Fray Luis de León, ya describe esta insatisfacción en unos curiosos versos:

¿De dó, señores, nace  
que nadie de su estado está contento,  
y más le satisface  
al libre el casamiento,  
y al que es casado el libre pensamiento?

En fin, respetable auditorio, salgamos de este acto con ilusión por el buen vivir y el buen comer. No perdamos el concepto hedonista de la vida,

seamos sensatos con la vida. Seamos felices comiendo, seamos sensatos comiendo.

Gracias por su paciencia, gracias por su presencia.

He dicho