

# **Obesidad: su impacto social y económico**



**Curso Anual Auditoria Médica  
Hospital Alemán  
2012**

**Bellini Analia  
Filmann Andrea  
Giacomino Valeria  
Parada Claudio  
Tenorio Osvaldo  
Wainstein Mariana**

## **INDICE**

INTRODUCCION.....	3
DESARROLLO.....	8
CONCLUSION.....	20
ANEXOS.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	30

## INTRODUCCION

La obesidad hoy en día es considerada como un desafío sanitario, por el aumento de las comorbilidades asociadas, en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo.

La palabra "obeso" viene del latín "obedere". Formado de las raíces ob (sobre, o que abarca todo) y edere (comer), es decir "alguien que se lo come todo". El primer uso conocido de esta palabra fue en 1651 en lengua inglesa, en un libro de medicina noha biggs.

En la prehistoria el ser humano ha vivido como cazador-recolector y ha debido resistir los frecuentes períodos de carencia de alimentos.



Durante esta etapa, la alimentación del hombre prehistórico dependía básicamente de la recolección de plantas, tubérculos y otros vegetales, así como de la ingestión de insectos, huevecillos de insectos y animales pequeños. El hombre prehistórico no mantenía una dieta equilibrada.

En la edad antigua se han encontrado restos cadavéricos que mostraron signos de que la obesidad estuvo presente en la cultura egipcia, por ejemplo la existencia de aterosclerosis descrita hace más de 4000 años en dicha cultura. Las autopsias de las momias egipcias demostraron que la arteriosclerosis coronaria y el infarto de miocardio se presentaban en personas ricas. La dieta de esa época era abundante en calidad y en variedad, dándose la obesidad en personas de rango social elevado.



Ya en la antigua Grecia, Hipócrates había reconocido que las personas que tienen una tendencia natural a la gordura, suelen morir antes que las delgadas. Fue Hipócrates el primero que asoció la obesidad y la muerte súbita hace más de 2000 años. La salud era un estado en el cual había un adecuado balance entre estos humores, mientras que en la enfermedad se producía un estado de desequilibrio. El gran filósofo Platón proclamaba una certera observación sobre la alimentación y la obesidad al señalar que la dieta equilibrada es la que contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad se asocia con la disminución de la esperanza de vida.

En Roma se presentaba como principal protagonista a Galeno (siglo II A.C.), quien identificaba dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. La primera la consideraba como natural y la segunda como mórbida. Según este concepto se relacionaba a la obesidad con un estilo de vida inadecuado.

En la edad media, la glotonería era más bien común entre los nobles, que la consideraban un signo tangible de bienestar. La iglesia, en cambio, desaprobaba la glotonería, considerandola un pecado venial. Sin embargo los artistas hicieron caso omiso y pintaban como algo hermoso un cuerpo obeso.

Desde el glotón medieval, pasando por la importancia del vientre burgués, hasta el martirio al que conduce la revolución de la delgadez, Vigarello historia el recorrido que nos ha llevado a la actual estigmatización de la obesidad. La evaluación y obsesión por cifras, tamaños y pesos, implica la conquista que ganó la mirada y el individuo.



En la edad moderna había mayor disponibilidad de comida y la glotonería ya se relacionaba claramente con la obesidad. En esta época como en otras anteriores de la humanidad, el sobrepeso y la obesidad, utilizando la nomenclatura actual, eran símbolos de fecundidad y atractivo sexual, así como de salud y bienestar.



Figura 9: las tres gracias de Peter Paulus Rubens  
Siglo XVIII: primera mitad

Durante la edad contemporánea, el interés por la obesidad o polisarcia (como era también denominada la acumulación adiposa) se demuestra por el número de publicaciones que tratan del tema. A lo largo del siglo XIX el ideal de belleza femenina continuó vinculado a siluetas con formas redondeadas.

La «moda de la delgadez» ha llegado en algunos momentos a notables excesos, como en el caso de algunas «modelos ideales» de alta costura. Una consecuencia negativa de esta tendencia es el incremento de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, que puede poner dificultades a las, por otra parte, necesarias campañas preventivas de la obesidad. La

estigmatización de la obesidad desde el punto de vista cultural, social y estético a lo largo de todo el siglo XX ha venido en buena parte ligada a esta moda. Un aspecto importante y de trascendencia en la lucha sanitaria contra la obesidad ha sido que los profesionales de ciencias de la salud, y más concretamente los médicos, también han participado, en su gran mayoría, en esta visión negativa de la obesidad y del paciente obeso.



Una esperanza en estos inicios del siglo XXI es que los avances científicos, especialmente en genética, puedan contribuir en el futuro a la indispensable lucha contra la obesidad.

El 30 por ciento de la población adulta argentina sufre de obesidad, una enfermedad metabólica crónica, progresiva y multifactorial, asociada a numerosas patologías crónicas que llevan a una prematura incapacidad y mortalidad. Carlos Casalnuovo, jefe de Cirugía Bariátrica del Hospital de Clínicas y director del Centro de Cirugía de la Obesidad (CCO) de Buenos Aires, dijo que la obesidad crece en proporciones epidémicas, con elevados costos en la salud pública argentina. Según el mismo autor, en la Argentina el 30 por ciento de la población adulta mayor a 40 años, es obesa. Las principales causas de estos índices alarmantes son la inactividad física, el sedentarismo característico de nuestro estilo de vida (mirar TV sentados por largos períodos, uso constante del automóvil en lugar de caminar), la alimentación elevada en calorías, grasas y azúcares concentrados, junto a los genes de predisposición al sobrepeso. Asimismo, destaca el notable aumento en el número de pacientes con obesidad en los últimos 10 a 15 años. En nivel global, un 68 por ciento aproximado de la población tiene sobrepeso y un 31 por ciento, obesidad, lo que convierte a esta enfermedad en la primera epidemia no infecciosa de la historia, señaló el cirujano. En ese sentido, ejemplificó diciendo que la proporción de obesos creció más de un 150 por ciento luego de la 2da Guerra Mundial y se estima que alcanzó al 40 por ciento de la población de Estados Unidos en 2008. Es alarmante el aumento de la

incidencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en los últimos 25 años, llegando en la actualidad a un 20 por ciento.

Los obesos severos y mórbidos tienen una disminución de la expectativa de vida, entre 10 y 15 años, y una mortalidad seis a doce veces mayor que un individuo normal. Por tal motivo, a partir de la ley 26396 del Ministerio de Salud, se incorporaron prestaciones básicas esenciales para la cobertura de pacientes con obesidad al Programa Médico Obligatorio (PMO).



## **DESARROLLO**

La salud de la población está condicionada por numerosos factores sociales y económicos. En ese contexto, la obesidad es un factor que afecta en forma significativa la salud de las personas.

Según la OMS, el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Aunque la obesidad implica un aumento de la masa de tejido adiposo, las evidencias disponibles muestran que su impacto sobre la salud depende no sólo del volumen de grasa acumulada sino también de su distribución corporal. La Organización Mundial de la Salud, también define a la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, como consecuencia de un desequilibrio producido cuando el consumo de calorías supera al gasto durante un lapso prolongado.

La obesidad es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de patologías tales como: enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 (DMT2), diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios y artritis. En función de los distintos grados de asociación con estas y otras condiciones, actualmente la obesidad puede considerarse no sólo como un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) sino también como una enfermedad severa, particularmente en su forma mórbida y en algunos casos especiales de asociación con otras enfermedades. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la insuficiencia ponderal. Entre esos países se incluyen todos los de ingresos altos y medianos. El 44% de los casos mundiales de diabetes, el 23% de cardiopatía isquémica y el 7–41% de determinados cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

La obesidad es el resultado de la interacción de factores genéticos, metabólicos, ambientales y conductuales (la dieta y la actividad física). Diversos autores coinciden en que su patogenia es de carácter multifactorial ya que en ella participan factores biológicos, de comportamiento, culturales, sociales, medioambientales y económicos que establecen una red de interacción múltiple y compleja. No resulta claro, sin embargo, el peso relativo de cada uno de ellos y la posible variación de su interacción en función de diferentes asociaciones.

Por otra parte, se sabe que la obesidad genera una carga socioeconómica y de enfermedad muy alta, que compromete tanto la salud de la población como las finanzas públicas y privadas actuales y futuras. En este sentido, existen diversas estimaciones provenientes de países desarrollados, pero muy pocas de Latinoamérica en general, y de la Argentina en particular, que permitan determinar el impacto de la obesidad en términos epidemiológicos y socioeconómicos. El objetivo de la mayoría de estos estudios fue alertar a la sociedad sobre las dramáticas consecuencias de no implementar intervenciones preventivas capaces de revertir la “epidemia mundial” de



obesidad. En Argentina, esta situación, asociada a su patogenia multifactorial, dificulta el diseño, la programación y la implementación de intervenciones efectivas de prevención y control de la obesidad y su morbilidad asociada a las instituciones prestadoras y financiadoras públicas y privadas

La obesidad es reconocida actualmente como una epidemia. La importancia de prevenir la obesidad radica en los costos de calidad de vida y economicos tanto de la misma enfermedad como de sus complicaciones. Lo que tambien se acompaña de una merma en la productividad del trabajo asociada a las mismas

Con el objeto de medir la magnitud de la obesidad, existe un método para determinar el peso y el estado de salud del paciente: es el Índice de Masa Corporal (IMC), que consiste en el cálculo de la relación entre el Peso (Kg.) y la altura elevada al cuadrado ( $m \times m$ ).

Para definir sobrepeso/obesidad se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) y la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que permite establecer su relación con diversos riesgos, unificar criterios diagnósticos y comparar los datos con el resto de países del mundo. Aunque esta clasificación no incluye dimensiones como edad, género y diferencias étnicas, consideradas relevantes para el diagnóstico adecuado de obesidad, para la práctica médica general se admite que el IMC, sumado al perímetro de cintura, es suficiente para establecer el diagnóstico de sobrepeso/obesidad en adultos.

Según el IMC se puede realizar una clasificación del peso y del riesgo que puede ocasionar:

IMC	CLASIFICACION PESO	CLASIFICACION RIESGO
< 18	Bajo	Bajo
18 - 25	Peso saludable	Normal
25 - 30	Sobrepeso	Moderado
30 - 35	Obesidad GRADO I	Alto
35 - 40	Obesidad GRADO II	Muy alto
> 41	Obesidad GRADO III	Extremo o mórbida

De acuerdo a la distribución de grasa, la obesidad se clasifica en:

- Generalizada: la distribución de la grasa es pareja.
- Androide, central, troncular o visceral: es común en los hombres y se caracteriza por la acumulación de tejido adiposo en la parte superior del cuerpo (“cuerpo forma de manzana”). Es la que acarrea mayor riesgo cardiovascular.
- Ginoide o ginecoide: es frecuente en las mujeres por la localización del tejido adiposo en la parte inferior del cuerpo (“cuerpo forma de pera”).

Dentro del grupo de obesos, aquellos que presentan más de 40 kg por encima de su peso ideal se los considera obesos mórbidos. Estas personas son los que poseen mayor riesgo de padecer enfermedades serias, debilitantes y

progresivas y una menor expectativa de vida. La obesidad mórbida se asocia a la aparición de diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, problemas respiratorios, litiasis vesicular, incontinencia urinaria, edemas en miembros inferiores, úlceras vasculares, reflujo gastroesofágico, accidentes cerebrovasculares, infertilidad, ciertos tipos de cáncer, etc.

Las complicaciones de la obesidad no se limitan a los problemas fisiológicos. Es muy común que las personas obesas sufran distintos trastornos psicológicos, como depresión, baja autoestima y desórdenes de la alimentación. Al mismo tiempo, son también blanco de discriminación que afecta de distintas formas y de manera duradera su calidad de vida. A diferencia de otras condiciones crónicas o atributos físicos, el sobrepeso es considerado amplia pero erróneamente como sujeto a un control voluntario, razón por la cual los obesos suelen ser representados como los responsables exclusivos de su condición.

Paradójicamente en el caso de Argentina y otros países en desarrollo, el contexto de alta incidencia de pobreza (60% en niños) se acompaña de un incremento en la prevalencia de obesidad, aun en poblaciones con manifestaciones de desnutrición.

La información proveniente de estudios epidemiológicos publicados en nuestro país permiten estimar la prevalencia de obesidad en aproximadamente un 9% en niños (mas un 15% con sobrepeso).

Dadas la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad, su temprana instalación (9% de niños menores de 6 años) y la multicausalidad de factores alimentarios y ambientales asociados a ella, su disminución y prevención requiere una estrategia amplia, que excede el ámbito médico clínico. En el corto plazo parecen necesarias medidas tendientes a desalentar los factores y estilos de alimentación y ambientales “obesogénicos” y en el largo plazo alentar la formación temprana de una mejor conducta alimentaria y actividad física.

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA OBESIDAD:

Según la OMS, más de 1,6 millones de personas en el mundo tienen sobrepeso o son obesos. La siguiente tabla muestra a los países con el mayor porcentaje de adultos con sobrepeso (personas mayores de 15 años). Sobrepeso definido según IMC.

Posición	País	% Sobrepeso u obesidad
1.	Nauru	94,5
2.	Estados Federados de Micronesia	91,1
3.	Islas Cook	90,9
4.	Tonga	90,8
5.	Niue	81,7
6.	Samoa	80,4
7.	Palau	78,4
8.	Kuwait	74,2
9.	Estados Unidos	74,1
10.	Kiribati	73,6
11.	Dominica	71,0
12.	Barbados	69,7
13.	Argentina	69,4
14.	Egipto	69,4
15.	Malta	68,7
16.	Grecia	68,5
17.	Nueva Zelandia	68,4
18.	Emiratos Árabes Unidos	68,3
19.	México	68,1
20.	Trinidad y Tobago	67,9

Mientras se convierte en una enfermedad epidémica en todo el mundo, la obesidad también empezó a dar señales de alerta en nuestro país. Lo corroboró la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005-2009, realizada por el Ministerio Nacional de Salud. El resultado más preocupante es que más de la mitad de la población argentina - exactamente el 53,4%- tiene exceso de peso (sobrepeso y obesidad). El porcentaje promedio de obesidad en el país trepó del 14,6% en 2005 al 18% en 2009.

Las provincias que tienen los porcentajes más altos de sobrepeso y de obesidad en el país son Santa Cruz y Tierra del Fuego, con casi el 24%. En Río Gallegos, existe desde 2008 una ordenanza para la creación de 'quioscos saludables' que propone que la escuela sea el ámbito desde donde se trabaje la alimentación junto con el ejercicio físico para prevenir la obesidad. Sin embargo, no se conoce la incidencia de esta medida. En Santa Cruz, según la encuesta, hay una prevalencia de exceso de peso del 58,6% en su población, y el 21,2% padece obesidad.

Los datos expresados en la siguiente tabla muestran que en Argentina el 3,5% de la población adulta presenta obesidad severa y muy severa. En este subgrupo, las mujeres representan el 57,3% y 65,9% para cada tipo. Algo más del 11% presenta obesidad clase 1, siendo en este caso mayoritariamente hombres. Esta tendencia se reproduce en la población adulta con sobrepeso (34,8%), en la que los hombres representan casi el 60% de los casos. La Tabla también muestra que el sobrepeso (porcentaje) aumenta en función de la edad hasta los 49 años, mientras que para la obesidad este límite se extiende hasta los 64 años. Posteriormente, ambos porcentajes disminuyen gradualmente. La obesidad clase 3 muestra un comportamiento distinto, dado que su mayor porcentaje (27%) se registró entre 34 y 64 años y después disminuyó hasta alcanzar su valor más bajo (13,2%).

La evaluación de la asociación entre obesidad, índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y nivel de educación, demostró que el 16,2% de las personas con obesidad y el 15,4% de aquellas con sobrepeso presentaban algún tipo de NBI (vivienda inadecuada, hacinamiento, hogar sin baño, etc.). Estos valores fueron significativamente superiores a los registrados en población con peso normal. También se observó que las personas con sobrepeso/obesidad poseían un nivel de instrucción inferior al de la población con peso normal.

	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO	TOTAL	OBESIDAD GRADO I	OBESIDAD GRADO II	OBESIDAD GRADO III	TOTAL
GENERO								
TOTAL	2.9	47.5	34.8	14.8	11.3	2.7	0.8	100
MUJERES	82.4	58.2	40.3	48.4	45.1	57.3	65.9	51.2
HOMBRES	17.6	41.8	59.7	51.6	54.9	42.7	34.1	48.8
GRUPOS ETARIOS								
18 A 24	41.9	26.6	9.2	4.6	4.3	6.2	4.2	17.9
25 A 34	26.1	23.5	18.6	14.7	15.9	10.9	10	20.5
35 A 49	16.7	24.5	28.1	30.6	30.0	32.9	31.7	26.4
50 A 64	8.9	14.6	25.5	32.7	31.8	33.5	43.5	20.9
65 Y MAS	6.4	10.7	18.5	17.3	18.0	16.5	10.9	14.3
NBI								
Sin NBI	78.7	84.6	84.9	83.8	83.3	85.6	83.7	84.4
Con NBI	21.3	15.4	15.1	16.2	16.7	14.4	16.3	15.6
EDUCACION								
Sin instruccion	0.7	1.1	1.9	1.9	1.5	3.8	1.3	1.5
Primario incompleto	7.6	7.2	10.7	14.0	14.1	14.3	11.6	9.5
Primario completo	18.2	21.6	29.4	33.3	33.3	31.8	38.4	25.9
Secundario incompleto	19.9	17.1	16.1	16.9	17.1	16.2	16.8	16.8
Secundario completo	16.1	22.1	20.2	18.6	18.0	22.9	13.1	20.8
Terciario/univ incompleto	23.4	16.1	9.4	6.5	6.5	6.1	8.0	12.6
Terciario/univ completo	13.9	14.5	12.2	8.7	9.4	4.9	10.7	12.9
Educación especial	0.2	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1

La obesidad generalmente se asoció con otros FRCV, como tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes. La siguiente tabla muestra que la obesidad aislada (sin otros FRCV asociados) en población adulta se verificó en el 31,2% de los casos, mientras que en el 40,4% estuvo asociada con uno de estos factores y en el 24,6% con dos. En el primer caso, la hipertensión fue el FRCV asociado más frecuente (48,1%), seguido por el tabaquismo (31,6%).

Obesidad y FRCV	n	%
Obesidad sin FRCV	1012759	31.2
Obesidad+1FRCV	1311927	40.4
Obesidad+HTA	630670	48.1
Obesidad+TBQ	415140	31.6
Obesidad+colesterol	174659	13.3
Obesidad+DBT	91458	7.0
Obesidad+2FRCV	797250	24.6
Obesidad+HTA+Colesterol	323447	40.6
Obesidad+TBQ+HTA	230447	28.9
Obesidad+HTA+DBT	114251	14.3
Obesidad+TBQ+Colesterol	49827	6.2
Obesidad+TBQ+DBT	44172	5.5
Obesidad+Colesterol+DBT	35106	4.4
Obesidad+3FRCV	100059	3.1
Obesidad+TBQ+HTA+Colesterol	76294	76.2
Obesidad+TBQ+HTA+DBT	19591	19.6
Obesidad+TBQ+Colesterol+DBT	4174	4.2
Obesidad+4FRCV	25370	0.8

Se identificaron 18 enfermedades asociadas al sobrepeso/ obesidad, tales como DMT2, todas las enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, artritis y otras,

Cuando estimamos la mortalidad atribuible al sobrepeso y la obesidad, clasificandolas en: a) todas las causas de muerte, b) causas cardiovasculares, y c) neoplasias, los resultados mostraron que de las 32.153 muertes registradas en Argentina en el 2007 y atribuibles al sobrepeso/obesidad, 15.350 (48%) fueron por causas cardiovasculares y 4.599 (14%) por cáncer. En el grupo de todas las causas de muerte, el 28% fueron atribuibles al sobrepeso (9.061) y el 72% restante a la obesidad (23.092). En cambio, cuando consideramos todas las enfermedades atribuibles al sobrepeso/obesidad, el número total de muertes atribuibles al sobrepeso/obesidad fue aproximadamente de 14.776, siendo la DMT2 responsable del 40% de ellas.

Cabe destacar que del total de estas muertes el 70% fueron atribuibles al sobrepeso y el 30% restante a la obesidad. La estimación de las muertes

atribuibles según rango etario mostró que la mayor proporción se concentró en los rangos superiores.

#### IMPACTO ECONOMICO DE LA OBESIDAD:

Se estimó que el VEV en Argentina era de AR\$ 39.174. Además, se comprobó que el VEV aumenta en función de la edad, alcanza su valor máximo entre los 30 y 34 años (AR\$ 74.995) y luego disminuye progresivamente en los rangos etarios siguientes. Asimismo, se estimó que el costo por muerte prematura atribuible a la obesidad en Argentina fue de aproximadamente AR\$ 190,5 millones, de los cuales 133 (70%) correspondieron al sobrepeso. Como se esperaba, el mayor costo se concentró en los rangos etarios medios, donde el valor estadístico de la vida es mayor.

Los costos de esta enfermedad se pueden clasificar como:

- Costos Directos : relacionados con diagnostico, tratamiento, manejo de la patología y enfermedades asociadas
- Costos Indirectos: relacionados con la perdida de productividad y ausencias por discapacidad.
- Costos Intangibles

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los costos directos de la enfermedad en diferentes países del primer mundo, representan entre el 2 y el 7% del presupuesto de la salud pública.

Datos del costo directo demostraron que los principales gastos fueron secundarios al uso de medicamentos, cuidados hospitalarios, servicios médicos adicionales y fármacos indicados para paliar comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemias, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, tromboembolismo venoso, osteoartritis, enfermedad vesicular y cánceres.

La elevada utilización de recursos económicos se debe en parte a que, en casi todos los casos, los individuos con severo sobrepeso requieren mayores dosis de medicación, mayor número de interconsultas y más días de seguimiento que sus pares no obesos incluso en patologías no relacionadas con la obesidad. Estos son los costos intangibles.

Entre 1987 y 2002, la proporción de gastos en salud privados atribuibles a la obesidad se incrementó más de diez veces, reportan investigadores, al pasar de \$3.6 mil millones a \$36.5 mil millones. Por otra parte, en el mismo estudio se vio que los gastos médicos relacionados con la obesidad representaron el 11.6 % de todos los gastos privados de salud, en comparación con sólo el 2 por ciento en 1987. Los mayores gastos incluyen costos de medicamentos para las patologías asociadas a la obesidad y costos de internación.

Otro estudio de control de cuidado de salud de las población y costos médicos a corto plazo, calculó que los gastos promedios anuales por paciente, durante un lapso de 18 meses, eran 1.9 % más altos por cada unidad aumentada del IMC.

Son pocos los estudios de costos relacionados con la pérdida de productividad asociada a la obesidad (costos indirectos). La mayor parte de ellos se centran en la determinación de ausentismo laboral y los resultados son dispares dependiendo de la metodología empleada, variando desde la ausencia de asociación hasta un aumento en el doble o más de días de licencia médica.

La mayoría de los análisis de costos de la obesidad corresponden a estimaciones derivadas de estudios transversales, basadas en el riesgo atribuible poblacional. De esta forma, la cuantificación de los costos de la obesidad se hace valorizando enfermedades, para las cuales se asume que la obesidad juega un rol etiológico relevante en una proporción preestablecida. Esta metodología conlleva riesgo intrínseco de sesgo, ya que cada estudio define por arbitrio del investigador, un grupo de enfermedades en las que, en mayor o menor medida, la obesidad satisface dicho rol etiológico. En cambio, los estudios que utilizan datos individuales de pacientes, que son aún más escasos, permiten una aproximación más real del costo adicional asociado a la obesidad, permitiendo el ajuste por variables demográficas, médicas y laborales relevantes.

El ausentismo laboral aumenta notoriamente según aumenta la categoría nutricional determinada por IMC. Existe un incremento neto en los sujetos obesos y en los obesos severos y mórbidos de 25% y 57%, respectivamente. La influencia de las morbilidades es similar al incremento observado en los costos en salud.

En conclusión, los resultados confirman que la obesidad, especialmente la severa y mórbida, tiene un efecto muy significativo en el aumento en los costos en salud y en el ausentismo laboral por efecto directo y asociado a las comorbilidades que la acompañan. Con estos antecedentes, las medidas de prevención y tratamiento de la obesidad pueden ser analizadas en sus relaciones costo-efectividad y costo-beneficio para mejorar la salud de las personas y su productividad laboral.

Es interesante realizar un análisis costo –efectividad en relación a los diversos tratamientos de la obesidad , ya que debemos contemplar las diversas patologías que se asocian en algún determinado momento de la vida del paciente obeso . Cuando , basado en la resolución 742/09 el paciente no responde según lo esperado en un tiempo determinado ( 2 años ) en ambulatorio , es cuando se genera la necesidad de realizar el análisis costo efectividad en relación a la cirugía bariátrica y otras alternativas terapéuticas , tanto las generadas por el peso del paciente como las terapéuticas de las patologías asociadas, indistinto a la obligación de cobertura al haber sido incorporada al Programa Medico Obligatorio . Es decir , no debemos perder nuestra visión medica y nuestra obligación de brindar la mayor calidad posible de atención profesional a nuestros pacientes , ya sea desde el punto de vista del financiador como del prestador o simplemente desde el punto de vista medico –paciente.



El título de nuestro trabajo indica “ impacto socio – económico de la obesidad “ por lo tanto involucra un análisis de Economía de la Salud con respecto al tema principal .Sin entrar en detalles de conceptos , la economía es la ciencia de la elección y se elige cuando existen dos alternativas que deben ser comparadas para luego del análisis de costo – efectividad , entre otros , tomar una decisión al respecto de la tecnología sanitaria a realizar. Nunca se debe olvidar que los recursos en salud no alcanzan para poder optar por todas las alternativas.

La cirugía Bariátrica, en su indicación establecida por la resolución 742/09, es más costosa que otras alternativas terapéuticas pero más efectiva en estos pacientes. Por lo tanto podemos establecer un Juicio de Justificación, contemplando todas las situaciones que se pueden generar del exceso de peso del paciente ( discapacidad, pérdida de calidad de vida, pérdida de vida laboral etc.) y de las patologías asociadas por ejemplo: complicaciones y tratamientos generadas por diabetes (medicamentos, cirugías vasculares, cirugías oftalmológicas, etc), Hipertensión arterial ( medicamentos, internaciones múltiples, complicaciones neurológicas, etc ), IAM ( cirugías de revascularización coronarias . angioplastias con colocación de stent liberadores de drogas, internación en Uti, etc ) , cáncer ( quimioterapias, Cirugías oncológicas ), etc .

Analizando estos conceptos, no tenemos dudas que la cirugía bariátrica , en definitiva es beneficiosa tanto para el paciente como para el sistema de salud ya que mejora a lo largo del tiempo la utilización de los recursos.

### ANALISIS DE LA LEY DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS. LEY 26396

Durante mucho tiempo el estado, mediante el Ministerio de Salud ha participado en múltiples decisiones sanitarias mediante guías de alimentación, decretos y leyes, con el objetivo de implementar políticas en Salud relacionadas directa o indirectamente con la alimentación en la Argentina. La ley 18284/69 (Código Alimentario Argentino) establece claramente las normas para producción, elaboración y circulación de alimentos para consumo humano en la Argentina.

La desnutrición infantil también fue punto importante a tratar y con la ley 25724/2002 (Programa de Nutrición y Alimentación Nacional) se garantiza la alimentación en niños hasta 14 años de edad, mujeres embarazadas y ancianos de más de 70 años sin recursos implementando diversas políticas con la intención de mantener una nutrición acorde en estas poblaciones.

Sin embargo el sobrepeso, la obesidad y sus patologías asociadas se incrementaban notablemente en la Argentina alcanzando porcentajes preocupantes de incidencia tanto en adultos como en niños.

Basados en esta situación, se promulga la Ley de trastornos Alimentarios (26.396 /2008), la cual declara de “interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación “.

Cabe destacar el concepto del “todo “ en esta ley al referirse a Trastornos Alimentarios abarcando no solo a la obesidad sino también a la anorexia, bulimia y a todas las enfermedades relacionadas .

Establece realizar campañas de difusión múltiples para informar conductas alimentarias sanas sobre todo en niños y jóvenes incluyendo el ámbito educativo (Educación Alimentaria Nutricional ) promoviendo el ejercicio y evitando el sedentarismo , especificando el tipo de alimentación que se debe ofrecer en los centros educativos.

Establece pautas de publicaciones o difusión en medios de comunicación referente a patrones de salud o belleza falsos como por ejemplo la “extrema delgadez “en relación a modas y venta de vestimenta ,quedando prohibido la publicación o promoción de dietas no desarrolladas por médicos o nutricionistas. Toda información relacionada a dietas debe estar dirigido a mayores de 21 años .

Los artículos 15 y 16 de esta ley son fundamentales y representan un logro al esfuerzo de muchos años de distintos profesionales y entidades relacionadas con la obesidad que intentaron generar conciencia de la gravedad de esta “epidemia “.

El artículo 15 establece que “quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación” Hasta entonces no existía obligación de cobertura médica para la obesidad , quedando a criterio de la entidad de salud o financiador, los tipos de prestaciones a brindar .

El artículo 16 establece quienes deben cumplir con estas prestaciones y menciona algunas de ellas. ” La cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley N° 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N° 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley N° 24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.

Cabe destacar nuevamente el concepto general de la ley, referida no solo a la obesidad sino abarcando sus complicaciones y patologías asociadas. Igual

criterio emplea en relación a lo prestacional, abarcando en forma multidisciplinaria el tratamiento de la obesidad .

Sancionada la ley de Trastornos Alimentarios , su reglamentación se establece mediante la Resolución 742 /09 . En esta, se incorporan nuevas terapéuticas y prácticas para el tratamiento la obesidad mórbida o comorbilidades sumándose a las ya establecidas en el Programa Médico Obligatorio y de carácter multidisciplinario. Se establecen los requisitos que deben cumplir aquellos prestadores que realicen tratamientos quirúrgicos para la obesidad y se determinan diversas terapéuticas según IMC (Índice de Masa Corporal) y asociación de enfermedades.

En pacientes adultos con IMC igual o mayor a 30 con al menos una comorbilidad, ( Diabetes / Hipertensión Arterial / Dislipemia / Insuficiencia Respiratoria / Ca de Mama, postmenopausicas ) se deberán otorgar las siguientes prestaciones :

**Cobertura Ambulatoria:** consiste en una consulta médica diagnóstica, realizada por médico de primer nivel de atención o interconsulta con médico especialista en nutrición o licenciado en nutrición o médico especialista en obesidad. En esta consulta, el profesional tratante recomendará un tratamiento multidisciplinario.

**Cobertura – Seguimiento de tratamiento:** se establecen las prestaciones y frecuencia de las mismas para seguimientos de pacientes obesos en tratamiento.

Durante los primeros 3 meses se realizará una evaluación semanal del paciente por profesional de la salud reconocido en obesidad o bien por equipo multidisciplinario.

Si el paciente responde al tratamiento evidenciando una disminución de peso no menos a un equivalente al 1.5 % del peso inicial por mes, se extiende dicha cobertura por 3 meses más .

Cuando el paciente logre al menos una disminución del 10 % de su peso inicial se brindará una consulta mensual como seguimiento por profesional tratante

**Cobertura de Medicamentos:** se estableció una cobertura del 70 % en medicamentos para el tratamiento de la obesidad mencionando un inhibidor de la absorción de grasas ( Orlistat ) y un anorexígeno ( sibutramina ) actualmente retirado del mercado.

**Cobertura del Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad:** Especifica las condiciones para que un paciente obeso pueda acceder a una cirugía como

tratamiento de su enfermedad. Debera presentar un IMC igual o mayor a 40 y con los siguientes criterios de inclusión :

- 21 a 65 años de edad
- Mas de 5 años de enfermedad sin respuesta demostrable a tratamientos y documentados por historia clínica emitida por el centro tratante.
- Riesgo Quirurgico Aceptable .Tener controladas las comorbilidades según escala ASA ( American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale )
- Haber intentado otros tratamientos no quirúrgicos para el control de la obesidad bajo supervisión medica por lo menos durante 2 años sin éxito o bien con respuesta favorable al inicio pero con recuperó de peso posterior estableciendo control medico de una vez por mes durante los últimos 2 años previos en forma ininterrumpida.
- Aceptacion y deseo del procedimiento con evaluación previa de un equipo multidisciplinario para establecer las condiciones previas a la cirugía y evaluar el compromiso del paciente para aceptar los cambios de estilo de vida que genera la cirugía en relación a la calidad y conducta alimenticia posterior.
- No presentar adicción a drogas o alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
- Estabilidad Psicologica.
- Comprension clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
- Consentimiento Informado.
- Buena relacion Medico – Paciente :

Toda la documentación recabada por los criterios de inclusión deben ser volcadas en un resumen de Historia Clinica que avale la aptitud del paciente para realizar la cirugía y debe ser firmada por cirujano capacitado en Cirugia Bariátrica, medico con experiencia o capacitación en obesidad, licenciado en nutrición o medico nutricionista, Psicologo o Psiquiatra. En caso que el paciente presente alguna comorbilidad endocrinológica o psiquiátrica deberá firmar el especialista en dichas areas confirmando la estabilidad del paciente para proceder con la cirugía.

No es la intención de este trabajo tratar técnicas quirúrgicas y solo mencionaremos las contraindicaciones de las mismas según resolución 742/09:

- Adiccion a Drogas o Alcoholismo.
- Pacientes Embarazadas o en Lactancia.
- Insuficiencia de Organos o Sistemas incompatibles con el riesgo anestesiológico.
- Depresion Severa o Patologia Psiquiatrica con comportamiento autodestructivo.
- Obesidad Secundaria a otra Patologia (Sindrome de Cushing – Acromegalia –hipogonadismo – Enfermedad Hipotalamica ).
- Riesgo Quirurgico Elevado.
- No entender o no estar dispuesto a seguir correctamente el tratamiento.
- No aceptar firmar el Consentimiento Informado de la Cirugia .

## **CONCLUSION**

La dupla sobrepeso/obesidad y su asociación con otros FRCV muestran un aumento creciente que alcanza características de epidemia a nivel mundial. La Argentina no escapa a esa realidad, dado que el sobrepeso/obesidad representa un serio problema de salud pública por su elevada prevalencia (50,5%); cabe mencionar que aunque el sobrepeso/obesidad es un factor de riesgo cardiovascular independiente, su frecuente asociación con otros FRCV aumenta su morbilidad y, consecuentemente, su costo de atención. La morbilidad mencionada se refleja ulteriormente en una elevada tasa de muerte prematura, principalmente debida a causas cardiovasculares (48%), pero también a otras patologías como el cáncer (14%). En este sentido, los resultados refuerzan el concepto de que el sobrepeso/obesidad no sólo se asocia con otros FRCV sino también con otras patologías graves habitualmente no consideradas.

La literatura muestra que la atención de los eventos responsables de estas muertes representan una carga adicional prevenible para el sector salud. Dado el carácter prematuro de estas muertes, y tal como fuera descripto previamente, el impacto del sobrepeso/obesidad afecta también al sector productivo.

La estimación del costo de las muertes prematuras atribuibles al sobrepeso/obesidad, confirman la elevada carga de esta patología para los sectores de la salud y la producción, así como para el conjunto de la sociedad. Cabe destacar que estos resultados muestran, de manera objetiva, que la mayor parte de esta carga proviene del sobrepeso, lo que constituye un dato a tener en cuenta al establecer programas de prevención y prioridades para la adjudicación de recursos.

La literatura señala que la entidad sobrepeso/obesidad es de causa multifactorial, combinándose factores genéticos y ambientales. Mientras que para modificar los primeros actualmente no se dispone de herramientas efectivas, los factores ambientales se pueden modificar, al menos en parte.

Estudios mostraron una fuerte asociación entre frecuencia de sobrepeso/obesidad y niveles de instrucción y socioeconómico. Esta asociación sugiere que la adopción de una estrategia poblacional masiva y efectiva debería comprometer no sólo al área de Salud Pública, sino también, y fuertemente, a la educación formal e informal. Mientras que la educación formal permitiría actuar en un período de la vida en el que se establecen patrones y hábitos de conducta, la última, que depende en gran medida de los medios masivos de comunicación, sería su efectivo complemento. La evidencia de que la corrección de hábitos poco saludables (malnutrición y sedentarismo) permite controlar el sobrepeso/obesidad, al igual que otros FRCV asociados, y prevenir sus complicaciones demuestra el objetivo del presente trabajo.

Es importante destacar, múltiples intervenciones por parte del Ministerio de Salud para tratar de contrarrestar la obesidad como epidemia. En nuestro trabajo mencionamos algunas leyes sancionadas en los últimos 30 años. Sin embargo, es en el año 2008, donde se sanciona la Ley de Trastornos alimentarios (Ley 26396) en respuesta a la preocupación de la comunidad médica y sociedad argentina en su totalidad, frente al avance de la obesidad afectando tanto a población infantil como adulta.

En el año 2009, mediante la resolución 742, se reglamenta la Ley de Trastornos alimentarios. En la misma se establecen los criterios a cumplir por parte del paciente y del equipo multidisciplinario especializado en obesidad para realizar tratamientos clínicos, farmacológicos y/o quirúrgicos.

Desde entonces, las diversas entidades de salud incluidas en la ley 23660, han aceptado las actuales incorporaciones de tratamientos para la obesidad al PMO, con el objetivo de brindar no solo calidad de vida a sus afiliados, sino también calidad de la prestación médica.

No hay dudas que futuras estadísticas demostraran un beneficio notable en la sociedad en relación a la obesidad y sus patologías asociadas a partir de la sanción de la Ley, demostrando parámetros favorables en relación a costo-efectividad y costo-beneficio.

## ANEXO I

### **LEY DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS. LEY 26396**

#### **Declárase de interés nacional la prevención y control de trastornos alimentarios. 13/08/2008**

“El Senado y Cámara de Diputados, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º.- Declárase de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

ARTICULO 2º.- Entiéndase por trastornos alimentarios, a los efectos de esta ley, a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia.

ARTICULO 3º.- Créase el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, que tendrá por objeto:

- a) Instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios, en particular:
  1. sobre las características de los mismos y de sus consecuencias;
  2. sobre sus aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y sociales y de las formas apropiadas e inapropiadas de sus tratamiento
  3. sobre el derecho y promoción de la salud, y sobre los derechos del consumidor.
- b) Disminuir la morbimortalidad asociada con estas enfermedades.
- c) Formular normas para la evaluación y control contra los trastornos alimentarios.
- d) Propender al desarrollo de actividades de investigación.
- e) Promover, especialmente ente los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables.
- f) Promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades.
- g) Proponer acciones tendientes a eliminar la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al padecimiento de los trastornos alimentarios.
- h) Promover la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG´s) en las acciones previstas por el presente programa.
- i) Promover y coordinar, con las autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la implementación de programas similares a nivel local.
- j) Desarrollar actividades de difusión, televisivas, radiales y gráficas, dirigidas a la población en general y a grupos de riesgo en particular, a fin de concientizar



sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico y de instruir a la población sobre hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento.

ARTICULO 4º.- El Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la presente ley, coordinará acciones en el ámbito del Consejo Federal de Salud con las demás jurisdicciones, a los fines de asegurar la implementación de la presente ley.

La autoridad de aplicación dispondrá las medidas necesarias para que en cada una de las jurisdicciones funcione al menos un centro especializado en trastornos alimentarios.

ARTICULO 5º.- Inclúyanse a los trastornos alimentarios en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica -SINAVE-, o en el que, en el futuro, corresponda.

ARTICULO 6º.- El Ministerio de Salud coordinará con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social:

a) La incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) en el sistema educativo en todos sus niveles, como así también de medidas que fomenten la actividad física y eviten el sedentarismo, y la promoción de un ambiente escolar saludable.

b) La capacitación de educadores, trabajadores sociales, trabajadores de la salud y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

1- Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos sobre la problemática alimentaria.

2- Detectar adecuadamente las situaciones de vulnerabilidad y promover acciones y estrategias para abordarlas a través de una adecuada orientación y/o derivación.

c) La realización de talleres y reuniones para dar a conocer a los padres cuestiones relativas a la prevención de los trastornos alimentarios, y los peligros de los estilos de vida no saludables.

ARTICULO 7º.- El Ministerio de Salud auspiciará actos, seminarios, talleres, conferencias, certámenes y/o programas de difusión, que contribuyan al conocimiento de los problemas que traen aparejado los diferentes trastornos alimentarios, y las formas de prevención.

ARTICULO 8º.- El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social, desarrollará estándares alimentarios para garantizar que los comedores escolares y los planes alimentarios nacionales velen por los aspectos nutricionales de la población atendida, poniendo especial énfasis en la corrección de las deficiencias o excesos de nutrientes, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

ARTICULO 9º.- Los quioscos y demás medios de expendio de alimentos en los establecimientos escolares, deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada, debiendo estar los mismos debidamente exhibidos.

ARTICULO 10.- La autoridad de aplicación deberá tomar medidas a fin de que los anuncios publicitarios, y que los diseñadores de moda, no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud y/o belleza, y ofrezcan una imagen más plural de los jóvenes, en particular de las mujeres.

ARTICULO 11.- La publicidad y/o promoción, a través de cualquier medio de difusión, de alimentos con elevado contenido calórico y pobres en nutrientes esenciales, deberá contener la leyenda "El consumo excesivo es perjudicial para la salud".

ARTICULO 12.- Queda prohibida la publicación o difusión en medios de comunicación de dietas o métodos para adelgazar que no conlleven el aval de un médico y/o licenciado en nutrición.

ARTICULO 13.- El Ministerio de Salud podrá requerir al responsable del producto alimentario publicitado o promocionado, la comprobación técnica de las aseveraciones que realice en el mismo, sobre la calidad, origen, pureza, conservación, propiedades nutritivas y beneficio de empleo de los productos publicitados.

ARTICULO 14.- Los anuncios publicitarios en medios masivos de comunicación de productos para bajar de peso y/o alimentos bajos en calorías, deberán dirigirse exclusivamente a mayores de veintiún (21) años de edad, debiendo ser protagonizados también por personas mayores de edad.

ARTICULO 15.- Quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

ARTICULO 16.- La cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la ley 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la ley 24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.

ARTICULO 17.- Los proveedores de bienes o servicios con destino al público en general, no podrán negarse, ante el requerimiento de una persona obesa, a proporcionar el bien o servicio solicitado, en las condiciones que al respecto establezca el Poder Ejecutivo.

Tal negativa será considerada acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 18.- El Poder Ejecutivo, dispondrá las medidas necesarias a fin de que los establecimientos educacionales y sanitarios de su jurisdicción, cuenten con las comodidades y el equipamiento adecuado para el uso y asistencia de las personas que padecen obesidad. Asimismo gestionará ante los gobiernos

provinciales y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la adopción de normas de similar naturaleza.

ARTICULO 19.- Todas las instituciones de atención médica, públicas y privadas, deberán llevar un registro estadístico de pacientes con trastornos alimentarios y de las enfermedades crónicas relacionadas. A tal efecto la autoridad de aplicación confeccionará los formularios de recolección y registro. La autoridad de aplicación elaborará periódicamente un mapa sanitario epidemiológico y un informe sobre las acciones llevadas a cabo a nivel nacional y en conjunto con las autoridades provinciales. También se informará de los adelantos e investigaciones que sobre las enfermedades se estuvieren llevando a cabo a nivel oficial o con becas oficiales.

ARTICULO 20.- El Poder Ejecutivo dispondrá las medidas necesarias a fin de que los envases en que se comercialicen productos comestibles destinados al consumo humano que tengan entre sus insumos grasas “trans” lleven en letra y lugar suficientemente visibles la leyenda: “El consumo de grasa „trans” es perjudicial para la salud”.

ARTICULO 21.- Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las disposiciones de carácter sancionatorio ante el incumplimiento de la presente ley, teniendo en cuenta la gravedad de la falta y la reiteración de la misma. Dichas sanciones se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

ARTICULO 22.- Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

ARTICULO 23.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.”

## **ANEXO II**

### **COBERTURA DE LA OBESIDAD. La Resolución 742/2009**

El expediente 2002-3583/09-2 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, las leyes 26396, 24754, 23660 y 23661, y la resolución del ex MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE 1991 del 28 de diciembre de 2005, y CONSIDERANDO:

Que por la ley 26396 se declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

Que se entiende por trastornos alimentarios, entre otros, a la obesidad.

Que, por otra parte, se establece que quedarán incorporadas en el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

Que, asimismo, se determina que la cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la ley 23660, beneficiarias del fondo de redistribución de la ley 23661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la ley 24754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.

Que varias de las prácticas y tratamientos que forman parte del tratamiento integral de la obesidad ya están incluidas en el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO hoy vigente.

Que, no obstante, se torna necesario incorporar otras prácticas y tratamientos destinados a pacientes con obesidad con comorbilidades y obesidad mórbida.

Que, en tal sentido, se han evaluado y definido una serie de prácticas y tratamientos para su incorporación al PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO.

Que la DIRECCIÓN NACIONAL DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN, la SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN y la SECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y RELACIONES SANITARIAS han prestado conformidad a esta propuesta.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa conforme a las disposiciones de la “Ley de Ministerios T.O. 1992”, modificada por ley 26338 y las leyes 26396 y 23660.

Por ello,  
LA MINISTRA DE SALUD  
RESUELVE:

Art. 1 - Apruébese e incorpórese al PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO el conjunto de prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes, detalladas en el ANEXO I que forma parte de la presente resolución y que se agregan a las ya contempladas actualmente en dicho Programa.

Art. 2 - Los Establecimientos de Salud que quieran realizar procedimientos quirúrgicos vinculados al tratamiento de la obesidad a pacientes afiliados a las Obras Sociales incluidas en la ley 23660, beneficiarias del fondo de redistribución de la ley 23661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la ley 24754, deberán estar registrados en la DIRECCIÓN NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD del MINISTERIO DE SALUD. La SECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS del MINISTERIO DE SALUD establecerá los requisitos para ser inscriptos en dicho Registro.

Art. 3 - De forma.

## ANEXO I

### COBERTURA DE PACIENTES ADULTOS CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) IGUAL O MAYOR A TREINTA (30) CON AL MENOS UNA COMORBILIDAD

Comorbilidades:

- Diabetes
- Hipertensión arterial,
- Dislipemia,
- Insuficiencia respiratoria,
- Cáncer de mama post-menopáusica

#### 1 - COBERTURA AMBULATORIA

- 1.1 Consulta diagnóstica realizada por médico de primer nivel de atención.
- 1.2 Interconsulta con licenciado en nutrición o médico especialista en nutrición.
- 1.3 Interconsulta con médico con expertiz en obesidad.

## 2 - COBERTURA DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO:

2.1 TRES (3) meses con cobertura del control y seguimiento por un profesional de la salud reconocido por autoridad competente y preferentemente de un equipo multidisciplinario hasta una vez por semana.

2.2 Ampliación por TRES (3) meses más en la medida que se haya asegurado que el paciente esté bajando de peso a un ritmo de no menos de UNO COMA CINCO POR CIENTO (1,5%) de su peso al menos por mes.

2.3 UNA (1) consulta mensual a partir del descenso de al menos el DIEZ POR CIENTO (10%) de su peso de inicio el paciente para el plan de mantenimiento.

## 3 - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Estarán cubiertos con el SETENTA POR CIENTO (70%) de descuento:

- ORLISTAT Inhibidor de la absorción de grasas
- SIBUTRAMINA – Anorexígeno

## 4 - TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA ÍNDICE DE MASA CORPORAL IGUAL O MAYOR A CUARENTA (40) KG/M2

Podrán acceder al tratamiento quirúrgico los pacientes que cumplan los siguientes Criterios de inclusión

1. Edad de VEINTIUNO (21) a SESENTA Y CINCO (65) años
2. Índice de Masa Corporal mayor de CUARENTA (40) kg/m<sup>2</sup>
3. Más de CINCO (5) años de padecimiento de obesidad no reductible demostrado mediante resumen de Historia Clínica de Centros donde haya sido evaluado en los últimos CINCO (5) años.
4. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).
5. Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por VEINTICUATRO (24) meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos UNA (1) vez por mes con equipo multidisciplinario durante los dos años previos en forma ininterrumpida.
6. Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos del mismo evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el compromiso del paciente para sostener los cambios de estilo de vida asociados al by pass.
7. No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
8. Estabilidad psicológica.
9. Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
10. Consentimiento informado.
11. Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante
12. Buena relación médico-paciente

Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la cirugía que debe ser firmado y sellado por:

- cirujano capacitado en cirugía bariátrica.
- médico con experiencia y capacitación en obesidad,
- Licenciado en nutrición y/o médico nutricionista
- Especialista en Salud Mental (Psicólogo y/o médico psiquiatra)
- En el caso de ser un paciente con alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

Procedimientos Quirúrgicos con cobertura

Banda gástrica ajustable (BGA)

By-pass gástrico

Contraindicaciones para la Cirugía

- Adicción a drogas o alcoholismo
- Pacientes embarazadas, en lactancia
- Insuficiencias de órganos o sistemas incompatible con el riesgo anestesiológicos descrito con anterioridad
- Depresión severa, patología psiquiátrica con comportamiento autodestructivo
- Obesidad secundaria a otra patología ejemplo Síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, enfermedad hipotalámica
- Riesgo quirúrgico elevado
- No entender o no estar dispuesto a seguir correctamente el tratamiento
- No aceptar firmar el consentimiento escrito de la cirugía



## **BIBLIOGRAFIA:**

Cantu Martínez C, Moreno García D. Obesidad: una perspectiva epidemiológica y sociocultural. En: Salus cum propositum vitae V° 8 N° 4 Octubre-diciembre 2007.

Clausi K, Clausi MS, Rappetti H. Costos de la atención médica derivados del sobrepeso y la obesidad. En:  
<http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Obesidad.pdf>

Díaz, Mónica G. Prevalencia de obesidad en la Argentina: impacto a 20 años. En Revista Argentina de cardiología. Versión On-line SSN 1850-3748. Rev. Argent. cardiol. v.78 n.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene/feb 2010.

Ley 26396. En:  
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=11533&word=>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. EN: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/enfr/index.asp>

Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, et al. Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-Related Health Risk Factors, 2001. JAMA. 2003; 289:76 - 79.

Resolución 742/2009. En:  
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=13543&word=>

Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. Obes Rev. Article first published online: 27 Jan 2010. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x

Gagliardino JJ, Jadzinsky M, Cédola NV, Alvariñas J, Hernández RE, Sereday M, y col. Diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular. 1ra. Edición, 2005. Capítulo 3: Obesidad: diagnóstico y tratamiento. Braguinsky J., 39-58

Jorge Elgart<sup>1</sup>, Guillermina Pfirter<sup>1</sup>, Lorena Gonzalez<sup>1</sup>, Joaquín Caporale<sup>1</sup>, Adrián Cormillot<sup>2</sup>, María Luz Chiappe<sup>3</sup>, Juan Gagliardino<sup>1</sup> Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico Rev Argent Salud Pública, 2010; 1(5):6-12.

Aldo Zarate<sup>1</sup>, Marco Cresto, Alberto Maiz<sup>1</sup>, Gonzalo Ravest<sup>a</sup>, María Inés Pino, Gonzalo Valdivia<sup>2</sup>, Manuel Moreno<sup>1</sup>, Luis Villarroel<sup>2,b</sup> Influencia de la obesidad en los costos en salud y en el ausentismo laboral de causa médica en una cohorte de trabajadores.

Dr. E. Villar. Tecnologías sanitarias.

Dr. C. Escudero. Bibliografía curso Auditoria Medica 2012. Economía de la Salud