

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Maestría

Autora: Silvia Mascaro

DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN LA POBLACIÓN DE UN SEGURO PRIVADO DE SALUD

2008

Director de Tesis: Dr. Rubén Torres

Citar como: Mascaro, S. (2008). Descripción y evaluación de un programa de prevención y tratamiento de la obesidad en la población de un seguro privado de salud. [Tesis de maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/523>





"Reformar la salud es un proyecto de construcción colectiva"

Dr. Ginés González García

Fuente: Salud para los argentinos Ed. Isalud. Buenos Aires. 2004

"La política sanitaria, como todas las otras, debe responder a intereses estratégicos, de largo plazo y no a intereses coyunturales"

Dr. Rubén Torres.

Fuente: Revista Médicos. Nota: "Cuestión de Peso". Año X Nº 51. 2008.

5.6.1 Tasa de Permanencia en el tratamiento	Pág. 86
5.6.2 Análisis de algunos resultados preliminares del programa médico	Pág. 87
5.7 Fortalezas y debilidades para la implementación de programas de gestión de enfermedades crónicas para el sistema de salud y un subsistema.	Pág. 92
5.8 Resultado encuesta de satisfacción realizada en el marco del programa en estudio (2008).	Pág. 95
5.9 Propuestas de Estrategias en Prevención Cuaternaria en función de la condición clínica en estudio	Pág. 97
6. Conclusiones	Pág.101
7. Bibliografía	Pág.110

Tablas

Tabla Nº 1: Variables de seguimiento recolectadas en la historia clínica	Pág. 16
Tabla Nº 2: Clasificación Índice de masa Corporal. OMS	Pág. 26
Tabla Nº 3: Valor de la circunferencia de cintura óptimo para el rango de IMC.	Pág. 27
Tabla Nº 4: Clasificación de presión arterial	Pág. 27
Tabla Nº 5: Evolución del Gasto Total en Salud como % del PIB (1995 – 2003)	Pág. 33
Tabla Nº 6: Gasto en Salud por sector de financiamiento en Argentina	Pág. 34
Tabla Nº 7: Gasto en Salud por sector de financiamiento en Argentina	Pág. 34
Tabla Nº 8: Costo estimado de la obesidad en Inglaterra Reino Unido, 1998 y 2002.	Pág. 37
Tabla Nº 9: Porcentaje de población sin cobertura de obra social y/o plan médico o mutual por grupo de edad y regiones. 2005.	Pág. 39
Tabla Nº 10: Principales factores de riesgo en Karelia de Norte 1972 y 2007 en varones y mujeres de entre 30 y 59 años	Pág. 51
Tabla Nº 11: Cambios en los índices de mortalidad en Karelia del Norte. Finlandia	Pág. 52
Tabla Nº 12: Personas < a 20 años con educación universitaria completa por profesión, según jurisdicción 2001	Pág. 67
Tabla Nº 13: Estimación de profesionales de salud activos. 2004.	Pág. 68
Tabla Nº 14: Estimación de cantidad de profesionales sobre habitantes, según especialidad	Pág. 69
Tabla Nº 15: Variación en cantidad de pacientes con datos clínicos completos	Pág. 70
Tabla Nº 16: Ingresos al PRA desde 04/2007 hasta el 31/12/2009 (n=1555), por sexo	Pág. 73
Tabla Nº 17: Detalla los ingresos clasificados según el IMC, y sexo. También calculando el porcentaje de la población total por IMC.	Pág. 74
Tabla Nº 18: Porcentajes de ingresos al PRA por rango de edad y sexo.	Pág. 74
Tabla Nº 19: Prevalencia cruda de obesidad, hipertensión, hiper dislipidemia y diabetes acorde a la década de edad combinada con los cuatro estados	Pág. 75
Tabla Nº 20: Ingresos según CC (circunferencia de cintura) según sexo	Pág. 77
Tabla Nº 21: Distribución poblacional según clasificación de peso corporal de la OMS*. Total país EFR (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2005).	Pág. 79
Tabla Nº 22 : Estimación de cantidad de personas con obesidad para el seguro de salud según EFR (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2005)	Pág. 79
Tabla Nº 23: Estimación de población con sobrepeso y obesidad en seguro médico según (EFR, 2005)	Pág. 80
Tabla Nº 24: Descripción de cantidad de personas que ingresaron al PRA con la mismas variables sexo, edad e IMC	Pág. 80
Tabla Nº 25: Estimación en % de ingresos de pacientes al PRA sobre la estimación de población del seguro médico que podría tener sobrepeso u obesidad	Pág. 81

Tabla Nº 26: Porcentajes de tensión arterial elevada sobre población en estudio.	Pág. 82
Tabla Nº 27: Porcentajes de pacientes con dislipidemia sobre población en estudio.	Pág. 82
Tabla Nº 28: Porcentajes de pacientes con diabetes sobre población en estudio.	Pág. 82
Tabla Nº 29: Porcentajes de pacientes que realizaban la actividad grupal sobre población en estudio.	Pág. 82
Tabla Nº 30: Porcentajes de pacientes tabaquistas sobre población en estudio.	Pág. 82
Tabla Nº 31: Porcentajes de pacientes que realizaban actividad física sobre población en estudio.	Pág. 83
Tabla Nº 32: Porcentajes sobre adherencia al dispositivo multidisciplinario	Pág. 84
Tabla Nº 33: Calculo promedio de las variables de seguimiento, al concluir cada periodo de tratamiento según muestra.	Pág. 87
Tabla Nº 34: Calculo de porcentajes de algunos objetivos del programa médico.	Pág. 88
Tabla Nº 35: Corroborar si cumple el criterio de disminución de medicamento para hipertensión cuando disminuye su circunferencia de cintura y su peso corporal.	Pág. 89
Tabla Nº 36: Evaluación disminución consumo de medicamentos para HTA y DBT	Pág. 90
Tabla Nº 37: Fortalezas y Debilidades para la implementación de un programas para gestión de enfermedades en Argentina.	Pág. 93

Gráficos:

Gráfico Nº 1: Porcentaje de los adultos estadounidenses clasificados como obesos (índice de masa corporal).	Pág. 23
Gráfico Nº 2: Tendencias en el género y la raza-específicos tasas de prevalencia de la obesidad entre los adultos de trabajo, (a) hombres.	Pág. 23
Gráfico Nº 3: Tendencias en el género y la raza-específicos tasas de prevalencia de obesidad entre los adultos que trabajan (b) las mujeres	Pág. 24
Gráfico Nº 4: Categorías Índice de masa Corporal para la población Argentina.	Pág. 24
Gráfico Nº 5: Prevalencia de sobrepeso y obesidad Bs. As. – Argentina.	Pág. 25
Gráfico Nº 6: Costos de la prescripción de medicamentos contra la obesidad.	Pág. 37
Gráfico Nº 7: Incidencia de pobreza e indigencia, primer semestre del 2008	Pág. 39
Gráfico Nº 8: Enfermedad coronaria - mortalidad en toda Finlandia y en la provincia de Karelia del Norte 1969-2002 (hombres, con edades entre 35 a 64)	Pág. 51
Gráfico Nº 9: Variación en la cantidad de pacientes con datos clínicos completos.	Pág. 70
Gráfico Nº 10: Pirámide poblacional del sus sistema de salud en el que se desarrollo el PRA.	Pág. 71
Gráfico Nº 11: Ingresos al PRA desde 04/2007 hasta el 31/12/2009 (n=1555), por sexo	Pág. 73
Gráfico Nº 12: Porcentajes de ingresos al PRA por rango de edad y sexo	Pág. 76
Gráfico Nº 13: Ingresos por sexo y circunferencia de cintura.	Pág. 77
Gráfico Nº 14: Porcentajes de co morbilidades registradas en las bases de datos.	Pág. 84
Gráfico Nº 15: Tasa de permanencia en el tratamiento	Pág. 86
Gráfico Nº 16: Evolución comparada ingresos al programa médicos, comparado con cirugía bariátricas autorizadas.	Pág. 92

1. Introducción.

Esta tesis analizará el proceso de implementación de un programa médico de prevención y tratamiento de la obesidad en un seguro privado de salud en la Argentina, llamado Programa de Re Educación Alimentaria (PRA). Este programa se implementó previa regulación e inclusión en el Programa Médico Obligatorio (PMO) de la cirugía bariátrica (Res 742/09). Lo que originó la implementación del PRA, fue la necesidad de garantizar un dispositivo multidisciplinario de características clínicas para la atención de la persona con obesidad pertenecientes al seguro.

Se presentaron dificultades al momento de su implementación por un lado cuando hubo que garantizar el acceso a los pacientes a equipos multidisciplinarios acreditados a nivel nacional, en zonas de mayor densidad de afiliados al seguro privado, debido a la escasa o nula oferta de los equipos multidisciplinarios acordes. Otro aspecto negativo fue que el problema de la obesidad no era tema de la agenda sanitaria del momento.

Al momento de diseñar esta investigación, año 2008, se promulga la Ley 26396 de Trastornos de la Alimentación, reglamentada bajo la Resolución Msal 742/09. Se evidenció la falta de un estudio de correlato epidemiológico para determinar su necesidad/oportunidad como así también ausencia de evaluación sobre el impacto económico que podría causar al sistema y por ende, dificultades varias para su reglamentación e implementación. Asimismo se observó desconocimiento sobre la complejidad de los determinantes psicosociales, ambientales y económicos que determinan la aparición de la obesidad, que de haberlos tenido en cuenta al momento de realizar una intervención sanitaria adecuada, mejorarían los indicadores sanitarios entre los que se encuentra la prevalencia de obesidad.

La ausencia de gestión en la articulación de los procesos de atención se evidencia en la falta de garantías para acceder a los servicios médicos que refiere la Resolución Msal 742/09 que regula la Ley Nº 26396. En uno de sus artículos ¹ obliga a cubrir cirugía bariátrica en los

¹ 4. TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PARA INDICE DE MASA CORPORAL IGUAL O MAYOR A CUARENTA (40) KG/M2. Podrán acceder al tratamiento quirurgico los pacientes que cumplan los siguientes: Criterios de inclusión: 1. Edad de VEINTIDOS (21) a SESENTA Y CINCO (65) años. 2. Índice de Masa Corporal mayor de CUARENTA (40) kg/m2. 3. Mas de CINCO (5) años de padecimiento de obesidad no reducible demostrado mediante resumen de Historia Clínica de Centros donde haya sido evaluado en los últimos CINCO (5) años. 4. Riesgo quirurgico 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 quirurgicos 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 valorara las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluara el compromiso del paciente para sostener los cambios de estilo de vida asociados al by pass. 7. No adicción a drogas ni alcoholismo 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 Quirurgicos 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 anestesiológico descrito con anterioridad • Depresión severa, patología psiquiátrica con comportamiento autodestructivo • Obesidad secundaria a otra patología ejemplo Síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, enfermedad hipotalámica • Riesgo quirurgico elevado • No entender o no estar dispuesto a seguir correctamente el tratamiento • No aceptar firmar el consentimiento escrito de la cirugía.

casos que una persona padezca de obesidad mórbida. No se contempla la solución de una situación compleja, que es necesaria tener en cuenta para poder garantizar su acceso, y es que antes debería de todos contar con la posibilidad de un abordaje de atención multidisciplinario de características clínicas y luego como último recurso acceder a la cirugía. Pues esta instancia sólo debería ser pensada como un hito en un proceso. Sin olvidar primero y antes que nada, la importancia del acceso a una alimentación variada, bajas en grasas y nutritiva, a la que tiene acceso aquella parte de la población de que solo podrá acceder de tener un nivel socioeconómico acorde, pues está demostrado que las personas con mayor nivel socioeconómico y culturales de la sociedad, tienen mayores oportunidades de tener una vida libre de enfermedades y más prolongada que las personas con menor nivel socioeconómico.

El Sistema de Salud Argentino, es mixto y está compuesto por tres subsectores, Público, Seguridad Social y Seguridad Privada. Este sistema presenta como consecuencia, una forma en sus modos de prestar servicios, fragmentada y segmentada. Sus características se deben a que *"los sistemas de salud de la Región se basaron en los modelos occidentales de protección social, pero a diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud". (PAHO, 2007).* Acerca de la definición de **segmentación** *"es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos "especializado" en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social"* (PAHO, 2007).

Este escenario plagado de barreras para la coordinación de una dirección sanitaria común y transversal orientada a toda la población, y cruzando la información entre los determinantes socio-ambientales involucrados en la obesidad, sumada a la baja tasa de éxito en los tratamientos para la obesidad, hace muy frustrante su abordaje. Haciendo a esta condición clínica muy particular, quizás una de las más paradigmáticas de cómo lo social, económico y cultural hace que esta prevalezca cada vez más como sinónimo de un país que le falta madurar su sistema político. La sola enunciación en una Ley sobre la necesidad de garantizar acceso a un tratamiento, no resuelve el problema, esta contradicción fue la que empujó la investigación. Se partió de la descripción y evaluación de una intervención en un

subsistema, analizando si un esquema global de atención clínica, coordinada a largo plazo para la pérdida de peso y cambios de estilos de vida en personas con obesidad, que incluyan los aspectos re educativos, psicosociales que caracterizan a la obesidad, mejora los inconvenientes de la multi causalidad que la afectan y si se puede garantizar su accesibilidad en un sistema de salud con las características del Argentino.

El objetivo general de esta tesis fue analizar los procesos y resultados de gestión a partir de la implementación de un programa de prevención y tratamiento aplicado a una población con obesidad en un seguro privado de salud.

La estrategia metodológica diseñada para el presente trabajo se llevó a cabo en función al análisis de datos recolectados a medida que el paciente realizó el tratamiento para lograr cambios de estilo de vida. Se analizaron bases de datos que fueron diseñadas especialmente para poder acceder a indicadores de proceso y resultado para corroborar efectividad en el tratamiento propuesto a través del Programa de Re educación Alimentaria (PRA).

El estudio que se llevó a cabo es de tipo observacional y prospectivo. Dado que se observó el desarrollo de un tratamiento a través del registro de datos según el tiempo de ocurrencia de dicho tratamiento, y según un periodo determinado entre abril del año 2007 y diciembre del año 2009 realizando un corte transversal.

Se consideró fuente primaria de datos la base en formato Excel diseñada para el seguimiento de pacientes. Como fuentes secundarias de datos se consultaron: la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), las tablas del Instituto Nac. De Estadística y censo (INDEC) y los datos estadísticos brindados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación. Además resultados de una encuesta de satisfacción a las personas que participaron del programa. Base de datos del programa de referencia. Información bibliográfica, formato libro y virtual. Base de datos de profesionales acreditados en la Salud. Normativas vigentes que regulan la cobertura a nivel nacional. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Encuesta Nac. De Nutrición y Salud Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Trabajos de investigación publicados en New England, Jama, otros según corresponda. Biblioteca Virtual de Salud de la OPS Organización Panamericana de la Salud, entre otros. OMS, Organización Mundial de la Salud, biblioteca virtual, entre otros.

2. Planteamiento del problema a estudiar y Objetivos de la tesis.

2.1 Planteamiento del problema a estudiar:

La obesidad esta considerada como una enfermedad crónica y de difícil manejo, y una de las pocas condiciones clínicas determinada por aspectos psicosociales. Revertir su proceso resulta complejo y no se logra con la sola enunciación de leyes o nuevos programas que se superponen entorpeciendo el camino que guía a la solución del problema.

Son escasos los criterios que se aplican para hacer un diagnóstico diferencial al momento de decidir la selección de pacientes para proponerles cambios de hábitos para lograr una vida saludable. Al momento de abordar a estos pacientes con obesidad no se consideran suficientemente sus aspectos psicológicos, tampoco se realiza la introspección necesaria sobre su verdadero deseo de cambiar su situación de vida y mucho menos se revisa si conscientemente el paciente puede aceptar las indicaciones para su auto-cuidado. Estas situaciones, sumadas a la falta de políticas sostenidas en prevención primaria, hacen complicado su abordaje y la modificación de su condición clínica. Entonces:

¿Se pueden resolver las consecuencias que provoca la multicausalidad en la obesidad, a través de un esquema integral de prevención y atención en el marco de un seguro de salud privado?

¿Esta propuesta es efectiva para lograr el cambio de estilo de vida de la población en cuestión?

¿Se logra a través de un programa médico que ofrece prevención y tratamiento motivar/concientizar a las personas con obesidad a modificar su situación clínica y crear conciencia de auto cuidado? ¿En que medida puede pensarse este esquema de atención para personas con obesidad y enfermedades asociadas, para mejorar la cobertura del sistema de salud en general y sus subsectores?

2.2 Objetivos de la tesis:

Objetivo General

Analizar los procesos y resultados de gestión a partir de la implementación de un programa de prevención y tratamiento aplicado a una población con obesidad en un seguro privado de salud

Objetivos Específicos

- Analizar perfil epidemiológico de la población bajo el programa que se analiza.
- Analizar indicadores de proceso, implicados en el desarrollo del programa médicos de prevención y tratamiento para personas con obesidad.

- Medir y Analizar los resultados preliminares del programa médico desde una perspectiva de su efectividad clínica y sus costos.
- Analizar perspectivas para la cobertura del tratamiento de la obesidad dentro del sistema de salud de la Argentina.
- Desarrollar conceptos de Prevención Cuaternaria en función de la condición clínica en estudio

3. Metodología

La estrategia metodológica diseñada para el presente trabajo se llevó a cabo en función al análisis de datos recolectados a medida que el paciente realizó el tratamiento para lograr cambios de estilo de vida, se analizaron bases de datos que fueron diseñadas especialmente para poder acceder a indicadores de proceso y resultado para corroborar efectividad en el tratamiento propuesto a través del Programa de Re educación Alimentaria (PRA).

Se realizó una estimación de la tasa de obesidad en el seguro de salud en función a las tasas publicadas en la Encuesta de Factores de Riesgo (2005) Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Por sexo y edad, haciendo una extrapolación con los datos obtenidos en la implementación del programa. Se comenzó con un análisis de situación actual de cómo se llegó a los índices actuales de obesidad, su perfil epidemiológico. Se definió la cantidad de personas que ingresaron al PRA, sobre la base de datos recolectados a través del envío de los mismos, a cargo de los equipos multidisciplinares a la coordinación del programa. Para estimar el número de personas que hicieron consultas sobre PRA, se realizó un relevamiento de todas las vías destinadas a las consultas para el PRA: correos electrónicos, llamados telefónicos entre otros. Para la descripción del IMC (Índice de Masa Corporal) por sexo y edad de quienes participaron del Programa de Re Educación Alimentaria, los parámetros elegidos fueron: Índice de Masa Corporal, $IMC = \text{Peso (Kg.)} / \text{Talla (m)}^2$ correspondiente a la clasificación de la organización Mundial de la Salud (OMS):

25-26,9 Sobrepeso grado I

27-29,9 Sobrepeso grado II (preobesidad)

30-34,9 Obesidad de tipo I

35-39,9 Obesidad de tipo II

40-49,9 Obesidad de tipo III (conlleva riesgos para la salud)

Para definir cantidad de personas que cumplieron con el tratamiento la variables fueron, para aquellos que disminuyeron su IMC en menos de 30, o cuando el paciente disminuyó su circunferencia de cintura (Disminuir el diámetro abdominal a: Hombre < a 102 cm. Mujeres < a 88 cm, entonces su definición será "cumplió con tratamiento". O bien aquellos que disminuyeron su peso corporal en un valor igual o mayor al 10%.

Respecto a la tasa de abandono se consideró a aquellos pacientes que no fueron incluidos en los grupos y de los cuales no hubo datos clínicos en la historia clínica. También se realizó una referencia sobre la tasa de permanencia en el programa de Re educación

Alimentaria. Se calculó el porcentaje de reducción del Índice de Masa Corporal en los pacientes, como así también la disminución de la circunferencia de cintura. Estos porcentajes se tomaron a partir de los datos iniciales hasta los valores al momento del egreso del programa. Sobre esta última variable, según parámetros definidos por la OMS, índice que mide el riesgo cardiovascular. Obesidad abdominal

(Circunferencia abdominal en varones $> \text{ó} = 102$ cm y en mujeres $> \text{ó} = 88$ cm). Para calcular la cantidad de pacientes que disminuyeron su Índice de masa corporal (IMC) en menos de 30 se consideró el valor de inicio contra los valores finales y tomado como definición $\text{IMC} = \text{Peso (Kg.)} / \text{Talla (m)}^2$.

Respecto a la evolución de la disminución de co morbilidades al final del programa, se tomaron aquellos que modificaron los valores de glucemia, valores de tensión arterial sistólica y diastólica, valores de colesterol y sus subfracciones HDL; LDL; Triglicéridos, estos tomados de los registros volcados en la historia clínica, calculado por promedio consolidado.

Para definir la disminución de los medicamentos (para diabetes e hipertensión) finalizando el programa se consideró la información volcada en la historia clínica y aplicando: N° de medicamentos consumidos al final del tratamiento / N° de medicamentos consumidos al inicio del mismo.

Para medir los valores para el criterio de hipertensión, se definió como tal la cifras sistólicas $> = 140$ mmHg y/o cifras de tensión diastólicas > 90 mmHg. Para calcular la tasa de pacientes que normalizaron su glucemias en ayunas se consideró GLUCEMIA (Normal = entre 65-70 y 110 mg/dl - Alterada en ayunas entre 110 mg y 125 mg). Para definir la disminución del colesterol total fueron considerados los valores de las subfracciones LDL/HDL/TRIGLICERIDOS, para dislipidemia, definida cuando cualquiera de los valores de subfracciones fuera $> \text{ó}$ menor según parámetros: LDL > 30 ; HDL < 40 ; TRIG > 200 .

Se incluyeron los gastos estimados para la obesidad y como impactan en esta condición clínica, sus co morbilidades asociadas a través de bibliografía publicada en formato libro y en los portales vinculados a la salud.

3.1 Tipo de Estudio previsto:

El estudio que se llevó a cabo es de tipo observacional y prospectivo. Se observó el

desarrollo de un tratamiento a través del registro de datos según el tiempo de ocurrencia de dicho tratamiento, y según un periodo determinado entre abril del año 2007 y diciembre del año 2009 realizando un corte transversal.

3.2 **Técnicas de recolección de datos:**

La técnica de recolección de datos fue a través de una historia clínica diseñada (**) en formato de papel y electrónica en Excel. Estos datos clínicos fueron suministrados por cada equipo multidisciplinario que asistió a los pacientes que participaron del programa médico. Los datos de seguimiento se solicitaron al inicio del tratamiento con una frecuencia semestral, hasta dos años, o según cumplimiento de objetivos. También se accedió a datos cualitativos a través de una encuesta de satisfacción realizada a clientes-pacientes que participaron del programa.

Tabla Nº 1: Variables de seguimiento recolectadas en la historia clínica ().**

Aspectos evaluados en el Programa Médico.	Datos de Inicio	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
Actividad Física	X	X	X	X	X
Participa de la Actividad grupal?	X	X	X	X	X
Realiza Psicoterapia	X	X	X	X	X
Circunferencia de cintura (CC)	X	X	X	X	X
Peso	X	X	X	X	X
Talla	X				
IMC	X	X	X	X	X
Dislipidemia	X	X	X	X	X
Tensión arterial	X	X	X	X	X
Medicación p/HTA	X	X	X	X	X
Glucemia	X	X	X	X	X
Hba1c. Hemoglobina Glicosidada	X	X	X	X	X
Nº de Medicamentos para DBT	X	X	X	X	X
Colesterol Total	X	X	X	X	X
TBQ	X	X	X	X	X
Nº de Medicamentos para la Obesidad	X	X	X	X	X

Fuente: elaboración propia.

3.3 **Variables:**

Porcentaje de peso corporal perdido al final del tratamiento, porcentaje de disminución de (IMC) índice de masa corporal. Porcentajes de pacientes que disminuyeron su IMC en menos de 30. También se evaluarán los cambios en la circunferencia de cintura como predictor de disminución de riesgo cardiovascular; valores de determinaciones de laboratorio, (glucemia, colesterol y sus subfracciones HDL, LDL, Triglicéridos); valores de tensión arterial. Satisfacción del paciente respecto al programa. Accesibilidad a los servicios de salud como mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia.

3.4 **Fuentes de datos:**

Se consideró fuente primaria de datos la base en formato Excel diseñada para el seguimiento de pacientes. Como fuentes secundarias de datos se consultaron: la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), las tablas del Instituto Nac. De Estadística y censo (INDEC) y los datos estadísticos brindados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación. Además resultados de una encuesta de satisfacción a las personas que participaron del programa. Base de datos del programa de referencia. Información bibliográfica, formato libro y virtual. Base de datos de profesionales acreditados en la Salud. Normativas vigentes que regulan la cobertura a nivel nacional. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Encuesta Nac. De Nutrición y Salud Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Trabajos de investigación publicados en New England, Jama, otros según corresponda. Biblioteca Virtual de Salud de la OPS Organización Panamericana de la Salud, entre otros. OMS, Organización Mundial de la Salud, biblioteca virtual.

3.5 **Indicadores:**

Los indicadores en salud son necesarios para poder corroborar cambios en la población en estudio, los de tipo epidemiológico se utilizan para estimar la magnitud y trascendencia de una situación determinada. En el caso de implementación de un programa de salud son necesarios para medir los resultados. Se puede medir el impacto o los efectos de los programas de salud comparando un mismo indicador epidemiológico antes y después de la ejecución de las actividades propuestas.

3.5.1 Indicadores principales para el análisis:

- Personas aseguradas en el seguro privado presentado a través de una pirámide poblacional.
- Tasa de obesidad en la población estudiada, según edad y sexo
- Número de personas que ingresaron al programa recortando la muestra desde el momento de la implementación abril del año 2007 hasta el 31 de diciembre del año 2009.
- Número de personas que hicieron consultas sobre el programa médico.
- IMC (Índice de Masa Corporal) por sexo y edad de quienes participaron del PRA.
- Tasa de abandono de tratamiento.
- Tasa de permanencia.
- Porcentaje de pacientes que modificaron su peso corporal en más de un 10%.
- Porcentaje o tasa de pacientes que modificaron su circunferencia abdominal al final del tratamiento.
- Porcentaje de pacientes que disminuyeron su IMC en menos de 30.
- Disminución de consumo de medicamentos para hipertensión
- Disminución de consumo de medicamentos para diabetes
- Valores promedio al final de tratamiento de valores de tensión arterial, su glucemias en ayunas.
- Valores promedio de colesterol total al finalizar el PRA. También el LDL; HDL Y LDL

4. Marco Conceptual

4.1 Consideraciones sobre perfil epidemiológico y etiológicas de la obesidad.

La International Obesity Task Force (IOTF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), las sociedades científicas, entre ellas la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad), y los grupos de expertos aceptan en la actualidad como criterio para la definición de obesidad valores para el índice de masa corporal (IMC) (peso en Kg. /talla en m²) iguales o superiores a 30. Es considerado un factor de riesgo para la salud de las personas.

Se encuentran numerosas referencias en la bibliografía sobre los motivos que disparan la prevalencia de la obesidad. Una de ellas es la situación planteada por la llamada "transición nutricional" (Popkin, 2001). En los distintos países de América se ha convertido en un tema de investigación muy importante, pues la falta de accesibilidad a alimentos no elaborados o bien el acceso de alimentos de alto contenido calórico ha promovido el aumento de la prevalencia de obesidad. Hay otras investigaciones sobre la relación entre baja estatura y sobrepeso en niños que están referidas por (Becerra, 1998), refiere que los niños que tuvieron falta de acceso a proteínas en la etapa más temprana de la infancia inclusive en la etapa intrauterina, tendrán más posibilidades de ser obesos al momento de acceder a los alimentos.

La regulación alimentaria en el ser humano es compleja. Los mecanismos etiopatogénicos que causan obesidad no se conocen con exactitud, pero el efecto de tales mecanismos es una alteración del balance entre la ingesta y el gasto de energía. La energía contenida en los alimentos es medida y expresada en "calorías". Cuando incorporamos alimentos con más valor calórico del que consumimos diariamente, el exceso de las mismas se almacenan en el organismo como materia grasa. Este es un proceso multicausal que se debe a la interrelación de factores ambientales, alimentarios, genético y psicosociales. El sedentarismo de la era contemporánea, la mayor concentración calórica de la dieta, y una disminución de la ingesta de fibras han llevado a que la obesidad y el sobrepeso sean una verdadera pandemia.

Pero aun no sabiendo con exactitud el origen de esta condición clínica, nadie discute que suele ser multifactorial y prácticamente es baja la incidencia de que sea sólo un factor el que condicione su aparición y/o persistencia. La carga de enfermedad y la mortalidad atribuida a las enfermedades no transmisibles (ENT) (enf. cardiovasculares, tumores y lesiones) está en aumento. Se estima que aproximadamente el 60% de las muertes en el mundo y el 46% de la carga de enfermedad se deben a las ENT. Se ha proyectado que, para el 2020, las ENT explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo. En Argentina en el año 2001, sobre un

total 285.941 de defunciones el 52 % fueron por causas cardiovasculares y por cáncer (DEIS; 2001). En la Argentina los principales determinantes de las enfermedades no transmisibles son los llamados Factores de Riesgo. El tabaco, el alcohol, la inactividad física, la presión arterial elevada, el colesterol elevado, la diabetes y la alimentación no saludable son los más relevantes. (EFR, MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA 2006).

En la 3º conferencia virtual de cardiología (Braguinsky, 2004) describía así cuales son los factores que condicionan su aparición: *"La obesidad es una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con frecuentes co-morbilidades, definida por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.*

La obesidad resulta de factores: genéticos (enzimas, hormonas, etc.) y del medio (alimentación hiper calórica e hiper grasa prolongada, con exceso de azúcares, falta de fibra dietaria y sedentarismo obligado)."

Pueden existir otros factores involucrados vinculados a circunstancias secundarias: cesación de tabaquismo, alcohol, psicosociales entre otros. (Braguinsky, 2004) enumera características que la definen a la obesidad como:

1. *"Epidémica (primera enfermedad no transmisible calificada como epidémica).*
2. *Metabólica (o sea no psicogénica).*
3. *Crónica (señalando lo irrisorio de los tratamientos agudos).*
4. *Heterogénea (por ser poligénica y mostrando que diversas formas de obesidad suponen patogenias, clínica, pronóstico y tratamiento diferentes).*
5. *Estigmatizada, y de ahí culpógena con disminución de la autoestima y desadaptación social".*

No hay acuerdos sobre si uno de los determinantes que desencadenan a la obesidad es el trastorno psiquiátrico. Si bien la obesidad no se encuentra clasificada como tal, en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, a diferencia de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE 10), de la Organización Mundial de la Salud en cuyo capítulo sobre Trastornos mentales y del Comportamiento, figura el cuadro de "Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas" (F50.4). En él se incluye: *"la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad: duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionales estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso".*

Es substancial para el abordaje de esta condición clínica, utilizar un modelo analítico de entrecruzamiento de variables para poder realizar un mejor diagnóstico y pronóstico sobre el estado de salud del paciente al momento de tener que planificar el tratamiento que se propondrá. Por este motivo es importante, en la evaluación inicial, incluir las manifestaciones psicopatológicas que la atraviesan y así poder llegar a un mejor diagnóstico diferencial. El (Zukerfeld, 2011) define como “*Situación: el momento en el que consulta el paciente es de mucha importancia y conviene comprenderlo..... Es distinto un paciente que tiene la **intención** de adelgazar del que tiene la **decisión** y del que pasa a la **acción** y **la sostiene** durante tiempo suficiente*”.

La obesidad es la segunda causa de muertes evitables, esta se asocia con una cantidad significativa de problemas de salud, incluyendo la presión arterial alta, enfermedades cardíacas, diabetes, derrames cerebrales, artrosis, apnea del sueño, la muerte prematura y disminución de la calidad de vida. La base de clasificación en grupos según el IMC (índice de masa corporal) surge de estudios observacionales que relacionan al IMC con la mortalidad (Hubert HB, 1983) y (Higgins M, 1988) y enfermedades prematuras (Chan JM, 1997). Además de la morbi mortalidad, el sobrepeso y la obesidad se asocian con elevados costos económicos, no sólo para el sistema de salud sino para la sociedad en su conjunto, especialmente para la persona afectada.

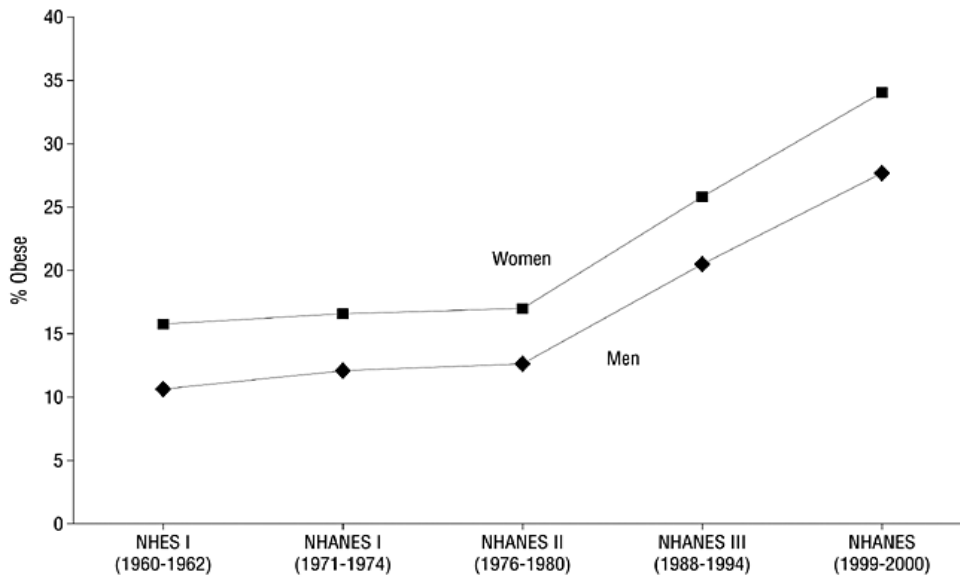
Se realizó un estudio (Wolf AM y Colditz GA, 1995) sobre el impacto económico de las enfermedades atribuibles (para la diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiaca coronaria (ECC), la hipertensión, enfermedad vesicular, cáncer de endometrio, mama y colon, y osteoartritis) a la obesidad en EEUU sobre datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 1988 (n= 88,262) y 1995 (n= 80,261), se analizaron los costos directos (atención de la salud personal, la atención hospitalaria, servicios médicos, servicios de salud aliados, y los medicamentos) e indirectos (pérdida de producción como resultado de una reducción o cese de la productividad debido a la morbilidad o la mortalidad) en miles de millones de dólares. Se llegó a la conclusión que el costo total atribuible a la obesidad ascendió a \$ 99,2 mil millones de dólares en 1995. Aproximadamente \$ 51,64 mil millones de esos dólares fueron los costos médicos directos. Utilizando los datos de 1994 ENS, el costo de la pérdida de productividad atribuidos a la obesidad (IMC > o = 30) fue de \$ 3,9 mil millones y refleja 39,2 millones de días de trabajo perdidos. Además, 239 millones de jornadas con actividades restringidas, 89,5 millones de días-cama, y 62,6 millones de visitas al médico eran atribuibles a la obesidad en el año 1994. En comparación con los datos de 1988 (ENS), en 1994 el número de días de actividad restringida (36%), los días de cama (28%), y los días de trabajo perdidos (50%) se

incrementó sustancialmente. El número de visitas al médico atribuidas a la obesidad aumentó un 88% entre 1988 y 1994. Los costos económicos sobre la salud y personales del sobrepeso y la obesidad, son enormes y ponen en peligro el sistema de la salud de los Estados Unidos en particular y al resto de los países con prevalencia elevada de obesidad. Los costos directos asociados con la obesidad representan el 5,7% del gasto nacional en salud en los Estados Unidos.

La bibliografía de salud pública referente a la epidemia de obesidad, en aumento exponencial, no culpa principalmente a las personas, sino a la globalización y al desarrollo, y se considera que la pobreza es un factor que agudiza la situación, pero no es este el único que la causa. También la obesidad y la diabetes se presentan en poblaciones de países desarrollados. Durante las últimas décadas, la prevalencia de la obesidad entre los adultos y los niños en los Estados Unidos ha aumentado drásticamente y actualmente está alcanzando proporciones epidémicas. La prevalencia de la obesidad en adultos en los Estados Unidos fue de 30,5 por ciento en 1999-2000. Unos 6 millones de adultos de los EE.UU. presentaba obesidad mórbida en el año 2001. En el 2002, se estimaba que el 15 por ciento de todos los niños de 6 a 19 años tendrían sobrepeso. La obesidad es más común en las mujeres, pero los hombres son más propensos a tener sobrepeso. La obesidad es especialmente común entre los afroamericanos, los indios americanos, hawaianos nativos y algunas poblaciones de hispanos.

El gráfico a continuación documenta el porcentaje de adultos de los EE.UU. clasificados como obesos (índice de masa corporal) en las encuestas de salud realizadas desde 1960-2000 por el NHES la Encuesta Nacional de Examen de Salud; NHANES, y el Instituto Nacional de Salud y Nutrición de los EEUU,:

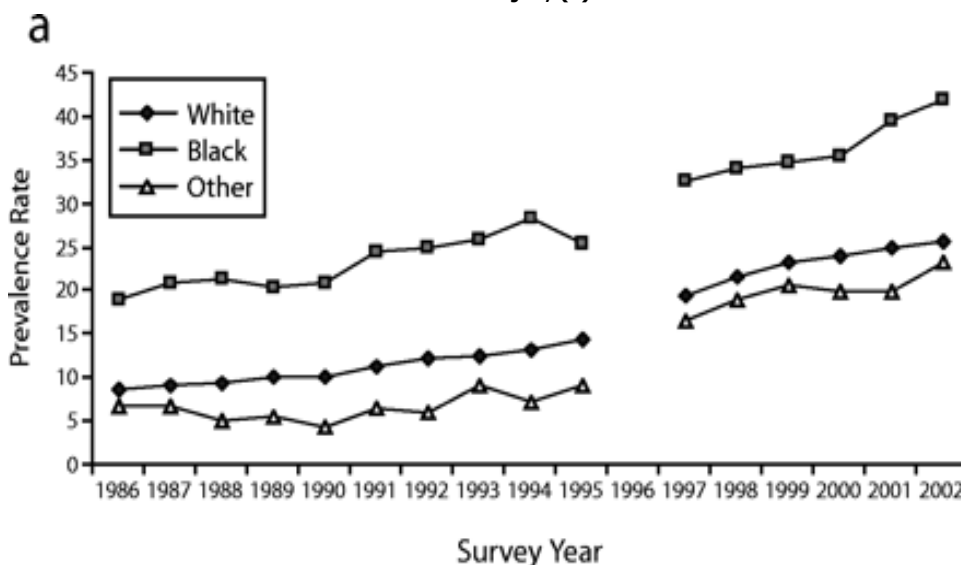
Gráfico N° 1: Porcentaje de los adultos estadounidenses clasificados como obesos (índice de masa corporal).



Fuente: Encuestas de salud de 1960-2000. NHES. Encuesta Nacional de Examen de Salud; NHANES Nacional de Salud y Nutrición.

Además se describen el aumento de la prevalencia de obesidad por género y la raza (negra, blanca y otras) entre los adultos que trabajan, (a) para los hombres y (b) mujeres detectados en la Encuesta Nacional de Salud de los EEUU en 1986.

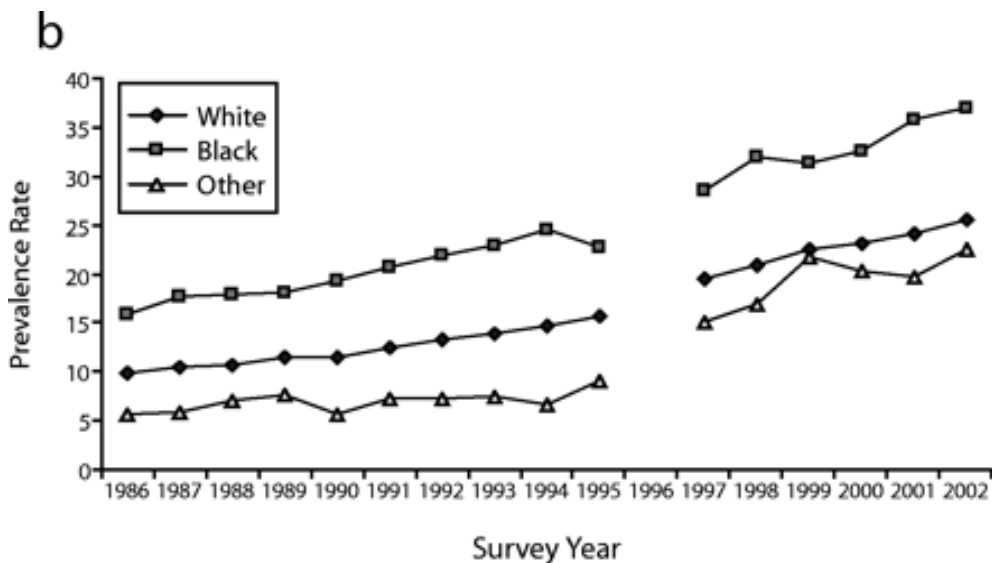
Gráfico Nº 2: Tendencias por género y raza, tasas de prevalencia de obesidad entre los adultos que trabajan, (a) hombres.



Fuente: National Health Interview Survey, 1986

Gráfico Nº 3: Tendencias por género y la raza. Tasas de prevalencia de obesidad entre los adultos que

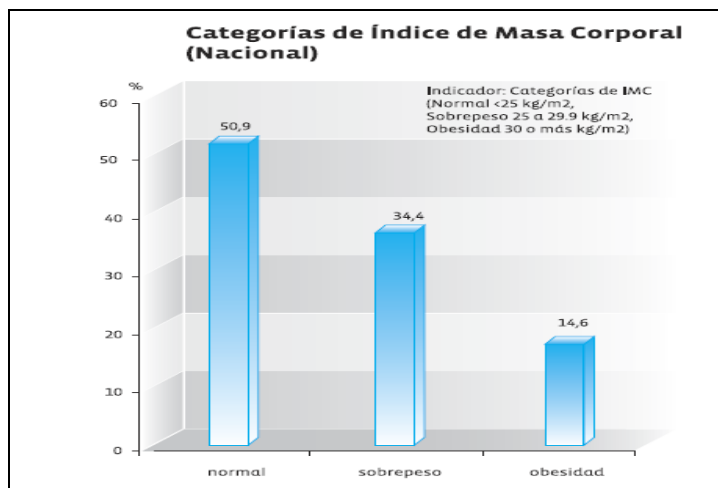
trabajan (b) mujeres.



Fuente: el National Health Interview Survey, 1986.

Argentina también cuenta con datos publicados en el Ministerio de Salud de la Nación, de la **Encuesta Nacional de Factores de Riesgo** (ENFR, 2005). En la cual se encuestaron unas 50.000 personas de 18 años y más, en todo el país. La encuesta se realizó en todas las provincias, seleccionando ciudades de más de 5.000 habitantes, lo que representa aproximadamente al 96% de la población urbana de Argentina. Esta representatividad provincial ha permitido obtener estimaciones provinciales muy valiosas.

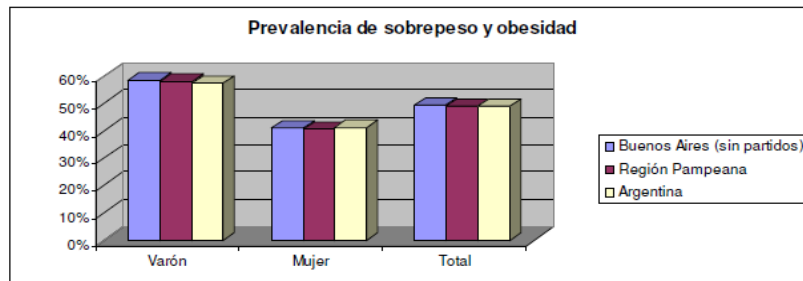
Gráfico N° 4: Categorías Índice de masa Corporal para la población Argentina.



Fuente: Ministerio de Salud. Encuesta de Factores de Riesgo (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2005) Argentina.

Gráfico Nº 5: Prevalencia de sobrepeso y obesidad Bs. As. – Argentina.

Sobrepeso y Obesidad-Bs. As. (sin partidos)



- La prevalencia de sobrepeso y obesidad es similar a los niveles regional y nacional, tanto en varones como en mujeres

Fuente: ENFR 2005



Fuente: Ministerio de Salud. Encuesta de Factores de Riesgo (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2005). Argentina

El aumento de la prevalencia en obesidad plantea problemas importantes que repercuten negativamente en el desarrollo de un país, pues aumenta el gasto en servicios sanitarios y disminuye la expectativa de vida de la población enferma. Esto hace evidente ausencia de políticas públicas y consecuentemente impacta en el gasto sanitario. El gasto económico que supone la obesidad y todo lo relacionado con ella, según las comparaciones entre países es de proporciones similares y muy preocupantes.

4.2 Definición de parámetros antropométricos para el análisis.

El exceso de peso puede ser estimado por diferentes métodos, como pliegues cutáneos, relación cintura cadera y métodos por imágenes. Dada su simplicidad, bajo costo y asociación con riesgo de eventos, el índice de masa corporal o *Body Mass Index* en inglés (BMI) ha sido ampliamente aceptado para su utilización en estudios epidemiológicos. El Índice de Masa Corporal es calculado a través de la fórmula $IMC = \text{Peso (Kg.)} / \text{Talla (m)}^2$, y es la escala que se tomó para clasificar a la población en estudio. Es válido para un adulto hombre o mujer (18 a 65 años).

El IMC también se le llama índice de Quételet (inventado por el científico belga Jacques

Quételet, 1796-1874). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido este índice de masa corporal como el estándar para la evaluación de los riesgos asociados con el exceso de peso en adultos. Es esta la escala de referencia tomada para el presente estudio.

Tabla N° 2: Clasificación Índice de masa Corporal. OMS

IMC	Clasificación
25-26,9	Sobrepeso grado I
27-29,9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34,9	Obesidad de tipo I
35-39,9	Obesidad de tipo II
40-49,9	Obesidad de tipo III (conlleva riesgos para la salud)

Fuente: El IMC también se le llama índice de Quételet (inventado por el científico belga Jacques Quételet, 1796-1874). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido este índice de masa corporal como el estándar para la evaluación de los riesgos asociados con el exceso de peso en adultos.

Otra variable a considerar para el análisis es tomar la circunferencia de cintura CC para medir el riesgo de la población que tiene obesidad. La adiposidad central aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y otras independientes de la obesidad. Los médicos pueden usar la circunferencia de la cintura como medida de adiposidad central. Los hombres con una circunferencia de cintura mayor a 102 cm (> 40 pulgadas) y las mujeres con una circunferencia de cintura mayor a 88 cm (> 35 pulgadas) están en mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Los umbrales de circunferencia de la cintura no son fiables para los pacientes con un IMC mayor de 35. (OMS; 1995).

A continuación un tabla de referencia publicada a partir del análisis de los datos obtenidos por NHANES III (Encuesta nacional de Salud y Nutrición de los EEUU) y las Encuestas Canadienses sobre la Salud del Corazón, describiendo el valor óptimo según sexo e IMC.

Tabla N° 3: Valor de la circunferencia de cintura óptimo para el rango de IMC.

Valor de la CC óptimo para el rango de IMC		
IMC (Kg/m ²)	CC óptima para el rango de IMC en Hombres (cm)	CC óptima para el rango de IMC en Mujeres (cm)
18.5 a 24.9	87	79
25 a 29.9	98	92
30 a 34.9	109	103
35	124	115

Fuente: A partir del análisis de los datos obtenidos por NHANES III y las Encuestas Canadienses sobre la Salud del Corazón.

A continuación se muestra una tabla con la clasificación de presión arterial considerada para realizar el análisis de las variables del programa médico, son:

Tabla N° 4: Clasificación de presión arterial

Clasificación de presión arterial^{[1] [2]}		
Clasificación	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)
Óptima	Menos de 120	Menos de 80
Normal	120-129	70-80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-110
Hipertensión grado 3	Más de 180	Más de 110
Hipertensión sistólica aislada	Más de 140	Menos de 90

Fuente: según la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH), la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y las Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial.

4.3 Aspectos a tener en cuenta al momento de iniciar un tratamiento.

4.3.1 Aspectos psicológicos de la obesidad y sus dificultades en su abordaje.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías que involucran el cómo alimentarse y el modo y la forma de hacerlo. Pueden provocar alteraciones más o menos graves, tanto en el cuerpo como en la psiquis del individuo. Hay un culto en la sociedad contemporánea que promueve un cuerpo perfecto. Este culto al sostenimiento de la imagen y apariencia hace que la población más vulnerable se vea sometida a múltiples conductas aberrantes promoviendo modelos patológicos, ideales e inexistentes, donde el concepto de salud y autocuidado quedan automáticamente excluido (Bonsignore, 2004) . El "ser" queda trastocado, vaciado y predomina el "tener". Esto provoca distorsiones que alejan al sujeto de la idea de lo "saludable".

Para lograr un mejor abordaje y seleccionar mejor los pacientes que están en condiciones de comenzar con un programa que proponga cambios de estilos alimentarios y dejar el sedentario, es conveniente repasar los aspectos psicológicos a tener en cuenta en este abordaje. Pues para lograr cambiar estilos de vida sedentarios, se requiere de un cambio de comportamiento y un posicionamiento diferente sobre el estado de la salud del paciente. Es de suma importancia revisar por parte del equipo interdisciplinario, como del paciente, algunas dificultades que hacen que lleve a perpetuarse el problema y que no logre el suficiente autoconocimiento y compromiso para poder revertir su estado de enfermedad.

En el capítulo Obesidad y Psicopatología, (Rovira, 2008) describe las manifestaciones psicopatológicas presentes en las personas con obesidad, en dos grandes grupos:

- Aquellas obesidades en las que el aumento de la ingesta es secundaria a reacciones emocionales, es decir, que cuentan con un componente psicógeno manifiesto y
- Aquellas alteraciones reactivas, en general distímicas, que desarrollan algunos pacientes obesos frente al medio.

Se sitúan dentro de los cuadros neuróticos, por la ansiedad y angustia que ellos presentan, y en relación a las patologías encontradas en el amplio capítulo de los Trastornos de la Personalidad, las manifestaciones emocionales que favorecen un aumento de la ingesta, por lo tanto del peso, que aparecen con mayor frecuencia en la consulta por obesidad habitualmente debido a la baja tolerancia a la frustración, el mal manejo de la agresividad y el alto grado de auto desvalorización que dichos trastornos presentan. Estas situaciones descriptas plantean un problema llegado el momento de tener que re establecer el equilibrio hacia la recuperación de la salud si no se tienen en cuenta, pues generalmente la obesidad está

asociada a enfermedades concomitantes que complican su tratamiento y consiguiente recuperación.

Los factores que hacen malograr el éxito en el tratamiento son múltiples, los más frecuentes en la dimensión psicológica que con frecuencia se pasan por alto en la evaluación médica (Barriguete Meléndez – 2009) son:

- 1. Los mitos circulantes acerca de la idea de lo que es saludable para el paciente y sus familiares.*
- 2. El desconocimiento de la conducta alimentaria de parte del equipo clínico del paciente con sobrepeso y obesidad y su familia.*
- 3. Se desconocen la etiología multifactorial de los TCA (trastornos alimentarios de la conducta) así como los factores pre-disponentes, precipitantes y perpetuantes.*
- 4. Se desconocen cuales son los TCA que encontramos con mayor frecuencia en el sobrepeso y obesidad.*

No considerar en el análisis los aspectos psicológicos vinculados a la multicausalidad que atraviesa la condición clínica en estudio, consigue ser iatrogénico para el paciente pues puede no estar preparado para enfrentar un programa para lograr cambios de estilo de vida y por ende provocar abandonos prematuros. Si bien la mayoría de las investigaciones no han podido demostrar que las personas con obesidad puedan haber desencadenado su situación a causa de enfermedades mentales o presenten mayores patologías mentales que la población general, si se puede afirmar que en las personas que tienen obesidad, su situación clínica, pueda estar asociada con un mayor riesgo de presencia de enfermedad mental. A continuación de describen algunas investigaciones que dieron cuenta de presencia de enfermedad mental en población con obesidad.

Uno de estos estudio fue realizado a través de la Encuesta Nacional de Nutrición de EEUU entre 2005-2006, (CDC, 2006) (corte transversal, muestra nacional representativa), se analizaron los datos de 2.439 adultos de los EE.UU. (1.325 hombres y 1.114 mujeres no embarazadas) edad ≥ 20 años de edad que tenían sobrepeso o eran obesos con un IMC^2 de ≥ 25 . El objetivo de este estudio fue examinar la asociación entre síntomas depresivos con circunferencia de la cintura o la obesidad abdominal entre los adultos de los EE.UU. La obesidad abdominal se definió como la circunferencia de cintura > 102 cm en hombres y > 88 cm para las mujeres. Después de un ajuste multivariante en la demografía y en los factores del estilo de vida de la población, la circunferencia de la cintura se asoció significativamente tanto con los

² (Kg. /m²)

síntomas depresivos mayores (OR: 1.03, IC del 95%: 1.01-1.05), como a los síntomas de depresión de moderados a severos (OR: 1.02, IC 95%:: 1.01-1.04). Se concluyó, que los adultos con obesidad abdominal, fueron significativamente más propensos a tener síntomas de depresión mayores (OR: 2.18, IC 95%:: 1.35-3,59) o tienen síntomas de depresión moderados a severos (OR: 2.56, IC 95%:: 1.34-4,90), que aquellos sin dicha obesidad. Se siguieron efectuando análisis del IMC y se detectó que aún en los pacientes que tenían sobrepeso (índice de masa corporal: 25.0-< 30.0), persistió la relación de sobrepeso = depresión, junto con otras enfermedades crónicas. El estudio de una amplia muestra representativa a nivel nacional en los EEUU, ha demostrado que el aumento en la circunferencia de la cintura o la obesidad abdominal se asoció a una mayor probabilidad de tener síntomas de depresión, de mayores o moderados a severos, entre los adultos con sobrepeso y obesidad. Por lo tanto el estado de salud mental de las personas con obesidad que desean realizar un tratamiento para cambiar sus estilos de vida debe ser evaluado y monitoreado sobre todo en aquellos pacientes con un índice de masa corporal mayor a 30

Otra investigación rastreó ansiedad, depresión y trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en obesos sin diagnóstico psiquiátrico previo en el ámbito de atención primaria (Benítez-Moreno, 2003). Fue sobre población autóctona de España, cuyo Índice de Masa Corporal (IMC) fue >27. En total fueron encuestadas 248 personas (64,5% mujeres, 35,5% hombres), la edad media fue de 27,83 años (rango: 15-42). El diseño del estudio, fue descriptivo transversal.

Los cuestionarios utilizados, fueron validados para Ansiedad, Depresión y TCA a pacientes seleccionados aleatoriamente. Mediciones: Edad, Sexo, e Índice de Masa Corporal, Escalas utilizadas: Hamilton para Ansiedad, de Depresión de Montgomery-Asberg, Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), Test de Bulimia Edimburgo (BITE). Los resultados fueron: sobre 248 personas encuestadas. 64,5% mujeres. Edad media 27,83 años. El 20% presenta IMC >27 (69% mujeres). Los obesos tienen 31,5 años de media, frente a los 27,5 en normo pesos ($p<0,02$). El 43% de obesos presenta rasgos depresivos frente al 34% del grupo de normo pesos. EDI: el 10% de los obesos puntúa >70% en Impulso a la Delgadez frente al 7% en los normo pesos ($p<0,059$); en Insatisfacción Corporal el 39% de los obesos puntúa >70% frente al 5% de los normo pesos ($p<0,0001$). BITE: patrón bulímico en 12% de obesos frente al 3% en normo pesos ($p<0,017$). Sobre el total de la muestra se detectó rasgos de: Ansiedad moderada/grave (37,5%), Depresión (37,5%) y Bulimia (4,4%), predominando en obesos, por lo que pudieron inferir que no se diagnostican suficientemente estos trastornos. También informaron que las personas con obesidad presentaron mayor tendencia a TCA, especialmente

de tipo bulímico. Sobre el Impulso a la delgadez, que puede favorecer TCA, es muy similar en ambos grupos (obesos y normo pesos). Se infiere que ciertas conductas alimentarias anómalas en obesos respondan a la categoría residual o al TCA no especificado (Trastorno por Atracón), cuya detección entraña mayor dificultad.

Estos planteos coinciden con aspectos observados e inferidos en la investigación llevada a cabo en esta tesis y es que estos trastornos no son debidamente diagnosticados en Atención Primaria. En este sentido, se advierte sobre la necesidad de una mejor formación en salud mental de los profesionales de atención primaria, como así también en el staff profesional de salud mental, puesto que probablemente así se despierte una mayor sensibilización hacia estos temas. Y que al decidir abordar a un paciente con obesidad se pueda contemplar de manera sistemática la sospecha diagnóstica del trastorno por atracón (BED) y de la bulimia nerviosa. Como así también depresión o trastorno de ansiedad. En el desarrollo se podrá observar, cuando se analicen las comorbilidades detectadas en la población estudiada sobre (n=1555), que hay un subregistro de estas. Su no detección a tiempo puede que influya en la tasa de abandono elevada o escasos resultados.

Otro aspecto importante a tener en cuenta a evaluar en un posible tratamiento es revisar el empleo que pueda estar haciendo el paciente de psicofármacos. El impacto sobre el peso corporal que la utilización de éstos significa un problema de gran complejidad que amerita trabajar en conjunto con un Médico Psiquiatra.

Las comorbilidades psiquiátricas asociadas a la obesidad como síndrome depresivo - ansioso, psicosis, trastornos afectivos, craving, Binge Eating (atracones) hipo e hiperfagia, trastornos con su imagen corporal, entre otros, en los casos que no se realice una detección temprana impedirán el manejo racional del tratamiento. Realizar su detección precoz supondrá un abordaje más profundo y longitudinal a largo plazo para modificar la situación clínica del paciente.

4.3.2 Consideraciones a tener en cuenta al momento de indicar un tratamiento y decidir criterios de éxito terapéutico

De solo tomar como variable de éxito en el tratamiento, el descenso de peso, (Weighing the options, 1995) se estaría promoviendo un fracaso anunciado. Pues el abordaje

debe tener características flexibles plantearse como un "Programa de Salud" de características globales y no como un "Programa de descenso de peso" exclusivamente, este fue el espíritu considerado al momento de diseñar el programa analizado en este trabajo.

El exceso de peso y la inactividad física son factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, y otras numerosas enfermedades crónicas. La obesidad y el sedentarismo son responsables del aumento de morbilidad, y de los costos directos de atención de la salud en todos los sistemas de salud. Los médicos tienen una excelente oportunidad al estar en la primera línea de frente contra estas pandemias en aumento. Ellos tienen el mejor acceso para ayudar a los pacientes a lograr y mantener un peso saludable y ayudarlos a realizar actividad física a través de técnicas de motivación. Hacer esto, significa acercarse al paciente, buscando empatía y conseguir promover cambios de estilos de vida con el mismo vigor y persistencia con que se interviene con la hipertensión, hiperlipidemia, y otros factores de riesgo para la enfermedad. Permitirá que el paciente internalice la idea de que con pocos cambios que pueda introducir en su vida cotidiana, logre beneficios importantes. Ayudar a romper con algunos prejuicios en ellos, como por ejemplo, que para realizar actividad física deba concurrir a un gimnasio o bien que para lograr un descenso de peso saludable deba realizar dietas restringidas durante toda su vida. Ayudarlos a flexibilizarse les permitirá romper con paradigmas rígidos y engañosos sostenidos muchas veces por un marketing publicitario que ofrecen tratamientos mágicos, difíciles de sostener, creándose la idea de dependencia con esos dispositivos.

Dada la prevalencia de sobrepeso, obesidad y la inactividad, logrando un pequeño porcentaje (10%) de descenso de peso en los pacientes y poder hacer actividad física diaria suficiente, tendría un impacto sustancial en la salud pública. Como ciudadanos, los médicos pueden cumplir un rol importante en la comunidad, promoviendo en el momento de la consulta cambios en el peso corporal y el aumento de la actividad física, en apenas pocos minutos. Es una excelente oportunidad de frenar la pandemia de la obesidad y el aumento del sedentarismo.

El concepto sobre "éxito terapéutico" que desarrolla (Braguinsky, 1996), refiere que se habrá alcanzado con al menos un descenso de peso corporal del 10% respecto al inicial, con la condición de ser mantenido durante un año, y si se logra mantenerlo a los 5 años, se hablaría de éxito a largo plazo. Pero teniendo cuidado con no poner exclusivamente el énfasis en el descenso de peso sino tener en cuenta otras mejorías vinculadas a indicadores clínicos (control

glucémico; reducción de la hipertensión y los niveles de HDL) y aspectos psicológicos (mejora de autoestima, entre otros) cuando estas sean de duración a largo plazo.

Si el profesional a cargo de atención primaria detectara dificultades en la adherencia entonces el dispositivo recomendable será otro, aquel que permita a la persona revisar su verdadera motivación a querer cambiar estilos de vida, que pueda permitirle conocerse a si mismo y permita lograr conciencia de auto cuidado. Permitted madurez suficiente en la persona con un problema de salud que lo ayudará a afrontarlo. Podrá el profesional entonces recomendar comenzar con un tratamiento de psicoterapia, y/o nutricional o bien con un dispositivo que promueva una red de contención "Disease Management" "Gestión de enfermedades".

Cambiar el paradigma pasando de la idea de "cumplir con un tratamiento" a la idea de pensar en un "procesos de cambio" a largo plazo de sus modos de vivir, permitirá a la persona con problemas de salud, comenzar a flexibilizar su forma de pensamiento.

4.4 Evolución del gasto total en salud en la Argentina. Costos económicos relacionados a la obesidad.

En la Argentina el gasto en salud como porcentaje del PIB fue en el año 2006 del 7,8. De los cuales 4.6 correspondieron al gasto público (Incluyendo las Obras Sociales) y de 3.2 al gasto privado. (Fuente: Indicadores Básicos 2008 – OPS.). Aquí se aprecia una variación con respecto a 2007, cuando los valores eran, tanto para el gasto público como para el gasto privado de 3.5 en ambas. (Fuente: Indicadores Básicos 2007 – OPS)

Tabla N° 5: Evolución del Gasto Total en Salud como % del PIB (1995 – 2003)

A ñ o	% d e l P I B
1 9 9 5	8 , 1
1 9 9 6	7 , 8
1 9 9 7	7 , 7
1 9 9 8	7 , 8
1 9 9 9	8 , 4
2 0 0 0	8 , 2
2 0 0 1	8 , 4
2 0 0 2	7 , 6
2 0 0 3	7 , 3

Fuente: Ginés González García-Tobar Federico. Salud para los argentinos. Edit. Isalud. 2004

Tabla Nº 6: Gasto en Salud por sector de financiamiento en Argentina

Privado	46 %
Público	54 %

Fuente: Ginés González García-Tobar Federico. Salud para los argentinos. Edit. Isalud. 2004

Al analizar el gasto por sector de financiamiento se podrá observar que si bien el gasto público representa el cerca del 54%, la mayor parte corresponde a la Seguridad Social (29%) y sólo el 25% es lo aportado por el subsector público estatal.

Tabla Nº 7: Gasto en Salud por sector de financiamiento en Argentina

Nación	4,74 %
Gob. Provinciales	16,74%
Gob. Municipales	2,86 %
Fondos Seguridad Social	29,05 %
Privado	46,42 %

Fuente: Ginés González García-Tobar Federico. Salud para los argentinos. Edit. Isalud. 2004

Según los estudios disponibles, la obesidad está asociada con un alto costo sanitario y con la pérdida de la productividad económica. Esta pérdida de productividad puede medirse en las ausencias del trabajo debido a la mala salud o muerte prematura de las personas afectadas. Además los costos son asociados con las personas que tienen sobrepeso, pero no con las obesas (IMC = o >30) pues hay diferentes estudios de las estimaciones de gastos y estos

difieren, debido principalmente a los datos y métodos empleados. Un ejemplo es no tomar en consideración, las muertes prematuras de personas obesas que reducirían en parte los costos, los que pueden ser mayores a edades más avanzadas, principalmente los efectos acumulativos de la obesidad. Entonces no corresponde pensar en que se gasta menos en los tratamientos a largo plazo, si no se realiza el ajuste correspondiente, por tal motivo es importante considerar este aspecto e incluir en las evaluaciones económicas, el calculo de los años de vida perdidos (Kim Raine, 2008).

La mayoría de los estudios proporcionan estimaciones aproximadas que no permiten un comparable desglose de los gastos de determinados tipos de atención, tales como la hospitalización, exámenes médicos y las drogas, a modo de ejemplo de algunos de éstos casos que se disponen de datos, es el que publica la OMS para Inglaterra, a continuación se adjunta cuadro.

Tabla Nº 8: Costo estimado de la obesidad en Inglaterra Reino Unido, 1998 y 2002.

Costos por categoría	Costo (libras millones)	
	1998	2002
Tratamiento de obesidad		
Consultas de GP	6,8	12,0 - 15,0
Admisiones ordinarias	1,3	1,9
Casos diarios	0,1	0,1
Atenciones de enfermos ambulatorios	0,5	0,5 - 0,7
Prescripciones	0,8	31,3
Total	9,5	45,8 - 49,0
Tratamiento de las consecuencias de la obesidad		
Consultas de GP	44,9	90 - 105
Admisiones ordinarias	120,7	210 - 250
Casos diarios	5,2	10 - 15
Atenciones de enfermos ambulatorios	51,9	60 - 90
Prescripciones	247,2	575 - 625
Total	469,9	945 - 1.075
Costes indirectos		
Ingresos perdidos atribuibles a la mortalidad	827,8	1.050 - 1.150
Ingresos perdidos atribuibles a la enfermedad	1.321,7	1.300 - 1.450
Total	2.149,5	2.350 - 2.600
Costo total de la obesidad	2.149,5	3.340,8 - 3.724,0

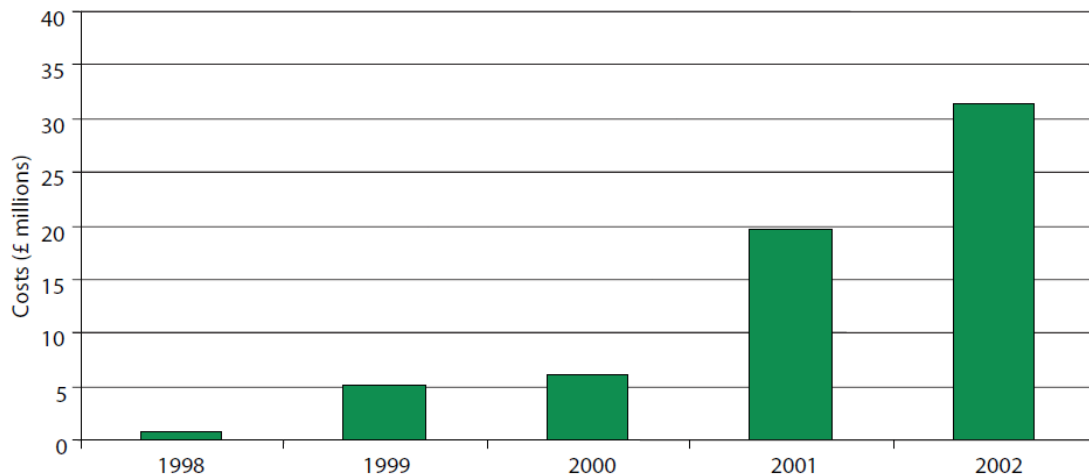
Fuente: (OMS, 2007) Extraído del Comité de Salud. Inglaterra 2004.³

La OMS en su publicación sobre desafíos para dar respuestas estratégicas al abordaje de la obesidad en la Región Europea, describe que los costos indirectos de la obesidad se asocian con la pérdida de productividad: la ausencia del trabajo por motivos de salud o muerte prematura. Las estimaciones de las pérdidas de este tipo, en Inglaterra (Tabla 8) indican que estos costos podrían ascender al doble de los costos directos de atención médica. Una de las razones de los aumentos en el costo de la obesidad, como se muestra en la Tabla 8 es el aumento del costo del tratamiento con medicamentos recetados. En el gráfico a continuación muestra el dramático aumento de este costo en Inglaterra después del año 1998, a raíz de la

³ Original en inglés, la traducción es propia.

concesión de licencias de Orlistat para el tratamiento de la obesidad. Durante el período 1998-2002, el número de las prescripciones de Orlistat aumentó de 18 000 a más de 540 000, Costos medidos en (£ millones).

Gráfico N° 6: Costos de la prescripción de medicamentos contra la obesidad.



Fuente: (OMS, 2007) Extraído del Comité de Salud. Inglaterra 2004

Estos mismos estudios en la Región de Europa de la OMS indican que, en general, los costos directos de la atención de la salud por la obesidad impactan en un 2-4% del gasto nacional en salud. Gran parte de la variación de estas cifras, dependen sus diferencias, de los métodos de estimación utilizados, las definiciones que se toman de la obesidad, las estructuras de la población en estudios y los sistemas de atención de la salud (OMS; 2007).

En un estudio reciente en la Argentina, financiados por Beca "Carrillo-Oñativia" - Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación – 2010, publicado con el nombre "Obesidad en la Argentina: Epidemiología, Morbilidad e Impacto Económico", podemos observar las estimaciones económicas aparejadas a la condición clínica en estudio. En sus resultados se observaron una prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad que fue de 34,8% y 14,8%, respectivamente, con edades entre 35 y 64 años. Un tercio de la población obesa presentó obesidad severa a muy severa. El 16,2% de los obesos y el 15,1% de las personas con sobrepeso tenían Necesidades Básicas Insatisfechas. El 40,4% de las personas con obesidad presentaron otros FRCV (factores de riesgos cardiovasculares) asociados, siendo la hipertensión arterial el más frecuente (48,1%). Las muertes atribuibles al sobrepeso/obesidad fueron 14.776, con lo cual se perdieron 596.704 Años de Vida Saludables atribuibles al exceso de peso y con un costo total por muerte prematura de AR\$ 190,5 millones, del cual el 70% fue

atribuible al sobrepeso.

La evidencia desarrollada anteriormente muestra cómo el costo relacionado a la obesidad se incrementa a partir de la falta de una planificación por parte del Estado como así también de la inclusión en el PMO de medicamentos para el tratamiento de obesidad o la cirugía bariátrica, entre otros, sin haber contemplado un estudio de impacto económico para el sistema de salud. Si bien el derecho a la salud se encuentra consagrado en nuestra Constitución, es necesario para que sea equitativamente efectivo para todos los argentinos, que se destinen recursos y que ellos sean administrados de forma eficaz y eficiente, ya que en los sistemas de salud los recursos son escasos y limitados. En determinadas patologías como la que tratamos en este trabajo, es necesario un abordaje desde los determinantes sociales de la salud, lo cual implica la necesidad de la implementación de políticas públicas de corto, mediano y largo plazo coordinadas entre los diferentes sectores del gobierno, el sector privado y de las ONGs. Ejemplos, son la falta de "libertad de elección" en el acceso a los alimentos ricos en nutrientes como frutas y verduras, que podrían mejorar su acceso sacándole el impuesto a los alimentos saludables y gravando a los alimentos iatrogénicos.

En la (ENFR, 2005) a nivel nacional se informó que hay un 34.9% de la población que se atiende en el sistema público de salud y el 65,1% posee cobertura de obra social y/o plan médico o mutual. Las provincias que presentaron mayores niveles de cobertura fueron Tierra del Fuego, Santa Cruz y Capital Federal, y las que presentaron menores niveles fueron Jujuy, Salta, Formosa y Chaco

Tabla N° 9: Porcentaje de población sin cobertura de obra social y/o plan médico o mutual por grupo de edad y regiones. 2005.

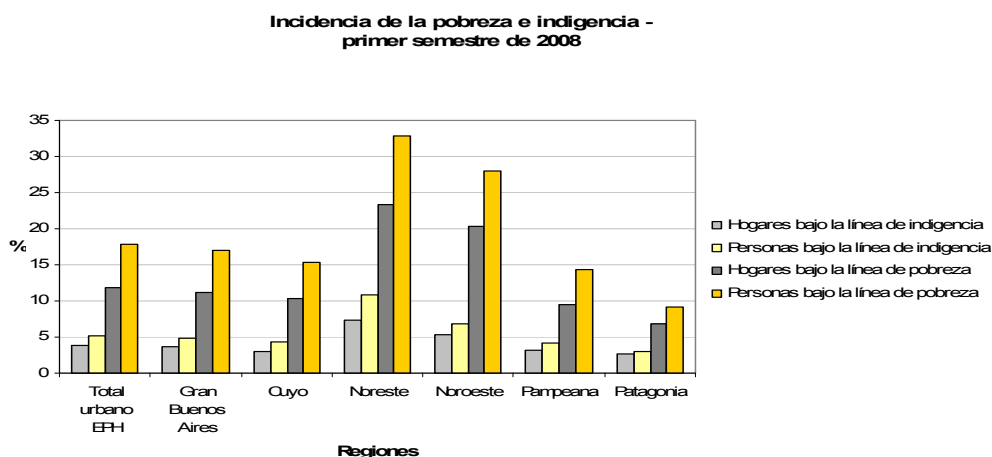
Porcentaje de población sin cobertura de obra social y/o plan médico o mutual por grupo de edad y regiones.										
Segundo semestre 2005										
Regiones	Porcentaje de población sin cobertura de obra social por grupo de edad									
	Total	Hasta 4 años	5 a 14 años	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 a 69 años	70 años y más
	%									
Total	41,1	50,4	50,8	48,2	42,5	36,5	31,7	19,5	6,9	6,2
Metropolitana	41,4	50,1	51,9	52,0	42,2	39,2	33,5	21,7	7,1	6,2
Noroeste	46,0	59,1	51,9	45,5	49,6	33,5	33,1	16,6	7,9	7,8
Nordeste	50,9	63,2	58,0	51,1	53,9	37,4	33,8	21,1	13,5	11,4
Cuyo	41,5	46,6	48,5	48,7	44,2	40,3	26,4	17,6	5,9	3,6
Pampeana	37,3	47,4	49,3	41,9	38,9	31,6	27,5	15,4	5,9	5,4
Patagónica	26,9	23,3	28,3	33,0	27,0	24,9	30,7	23,1	0,0	13,8

Nota: refiere a la cobertura de salud por medio de un sistema de atención médica (obligatoria) brindado por las Obras sociales en el caso de las personas que trabajan en relación de dependencia, o son jubiladas o pensionadas.

Fuente: INDEC. Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

A modo descriptivo se adjunta un gráfico, para la Argentina, sobre incidencia de pobreza e indigencia al momento de la implementación del programa en estudio

Gráfico N° 7: Incidencia de pobreza e indigencia, primer semestre del 2008.



Fuente: Elaboración a partir de los datos del Instituto de Estadísticas y Censo 2008.

Es conveniente no olvidar a la población sin accesibilidad a un trabajo digno y por consiguiente sin acceso a alimentos ricos en nutrientes y bajos en grasa. A pesar de los planes que proponen erradicar el hambre o la desnutrición en la Argentina, con una implementación fragmentada, persiste el aumento de los factores de riesgo en la población argentina, como puede advertirse en la última ENFR (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010) especialmente en el aumento de la prevalencia de obesidad, habiendo un aumento del 14.6% (EFR, 2005) al 18% (EFR, 2010).

4.5 **Gerenciamiento por patología**

En palabras de Thomas George Pickering ⁴ *"la obesidad no es un problema con una única solución"*. Su tratamiento requiere intervención de diferentes niveles de decisión, autoridades sanitarias, educación de los agentes de salud y de la población, así como creación de equipos profesionales interdisciplinarios que puedan afrontar la complejidad de su abordaje. Por las características de su formación, los médicos están mejor preparados para el manejo de eventos agudos de la enfermedad que para sostener el seguimiento en el caso de pacientes con enfermedades crónicas. Por ello *es necesario el atravesamiento multifactorial, incluyendo los aspectos subjetivos de los pacientes para lograr mejor adherencia a los tratamientos*.

Para analizar si nuestro sistema de salud puede desarrollar un esquema de gerenciamiento por patología en el marco actual, es preciso adentrarse en cuales son los fallos del Estado y evaluar en qué condiciones no cumple su función. Es importante desentrañar estos aspectos pues, sino siempre quedarán los programas sanitarios en una faz enunciativa, sin capacidad para el sostenimiento de los mismos e incumplimiento de sus objetivos. A modo de hipótesis se podría plantear según (Spiegler, 1988), que *"la reducida información con la que cuenta el Estado, su reducido conocimiento de las respuestas privadas a sus intervenciones, su reducido control de la burocracia y las limitaciones que imponen los procesos políticos son las cuatro causas que provoquen la incapacidad del Estado para cumplir con los objetivos formulados"*.

⁴ Dr. Thomas George Pickering, médico, científico clínico, profesor murió en mayo de 2009, estudió y entrenó en Inglaterra, en Cambridge, el Hospital de Middlesex y la Universidad de Oxford, llegó a Nueva York para explorar los aspectos del comportamiento de la medicina en 1972. Sus primeras investigaciones sobre la hipertensión en Oxford se centraron en función de los baro receptores, el sistema nervioso autónomo, y la nueva clase de medicamentos cardiovasculares, conocidos como bloqueadores de los receptores adrenérgicos β . También se desarrolló en Nueva York y la Universidad de Cornell Medical College, donde pasó más de 20 años en una carrera productiva en la medicina cardiovascular, la hipertensión clínica y la investigación de la medición de la presión arterial. Al final de su carrera se mudó a la Escuela de Medicina Mount Sinai y luego a Columbia University School of Medicine.

Un modelo de gestión posible sería el llamado “Gestión de Enfermedades (Disease Management)”, que ofrece un modelo organizativo de la atención sanitaria para un sistema sanitario. El *Disease Management* o Gestión de Enfermedades (GE), término acuñado en los Estados Unidos en 1993 por el grupo de consultores *Boston Consulting Group*, puede definirse como un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en la evidencia científica y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales) al menor costo posible. Se trata de diseñar un proceso de transformación estratégica de la organización sanitaria y de la forma de prestar servicios y de obtener resultados.

Además identificar de forma proactiva poblaciones con o en riesgo para determinadas condiciones médicas establecidas que permitan:

- *Definir procesos de identificación de población.*
- *Apoyar la relación médico/paciente y los planes de cuidados.*
- *Dar énfasis a la prevención de exacerbaciones y complicaciones utilizando pautas y guías de práctica clínica costo efectivas (rentables) basadas en la evidencia.*
- *Estrategias de fortalecimiento del rol del paciente como la autogestión/auto cuidados. Pueden incluir: prevención primaria, programa de modificación de hábitos, vigilancia y monitorización del cumplimiento.*
- *Continuamente evaluar resultados clínicos, humanísticos y resultados económicos con la meta de mejorar globalmente el estado de salud. Medición de procesos y resultados, evaluación y gestión.*
- *Circuitos frecuentes de informes y retroalimentación (puede incluir comunicación con el paciente, con el médico, servicios de salud o aseguradoras, proveedores de servicios centrales y auxiliares, entre otros).*
- *Desarrollo de software especializado con el objetivo de registrar datos y poder transformarlo en información confiable, sistemas de alerta para la revisión de procesos.*

Otros conceptos o denominaciones utilizadas o íntimamente ligadas a este son las de Case Management (Gestión de casos), Care Management (Gestión de atención o cuidados) y Care Coordination (Coordinación de cuidados). Se puede traducir al español como Gestión de Patologías, Gestión Integral de Patologías, Atención Integral de Patologías, Gestión de Procesos o Gestión de Enfermedades (GE). El que la (GE) en los Estados Unidos haya representado una de las áreas de mayor crecimiento e interés dentro del mercado sanitario, se justifica por la incapacidad para el control de los costos del sistema de salud en los EE.UU., que crecieron

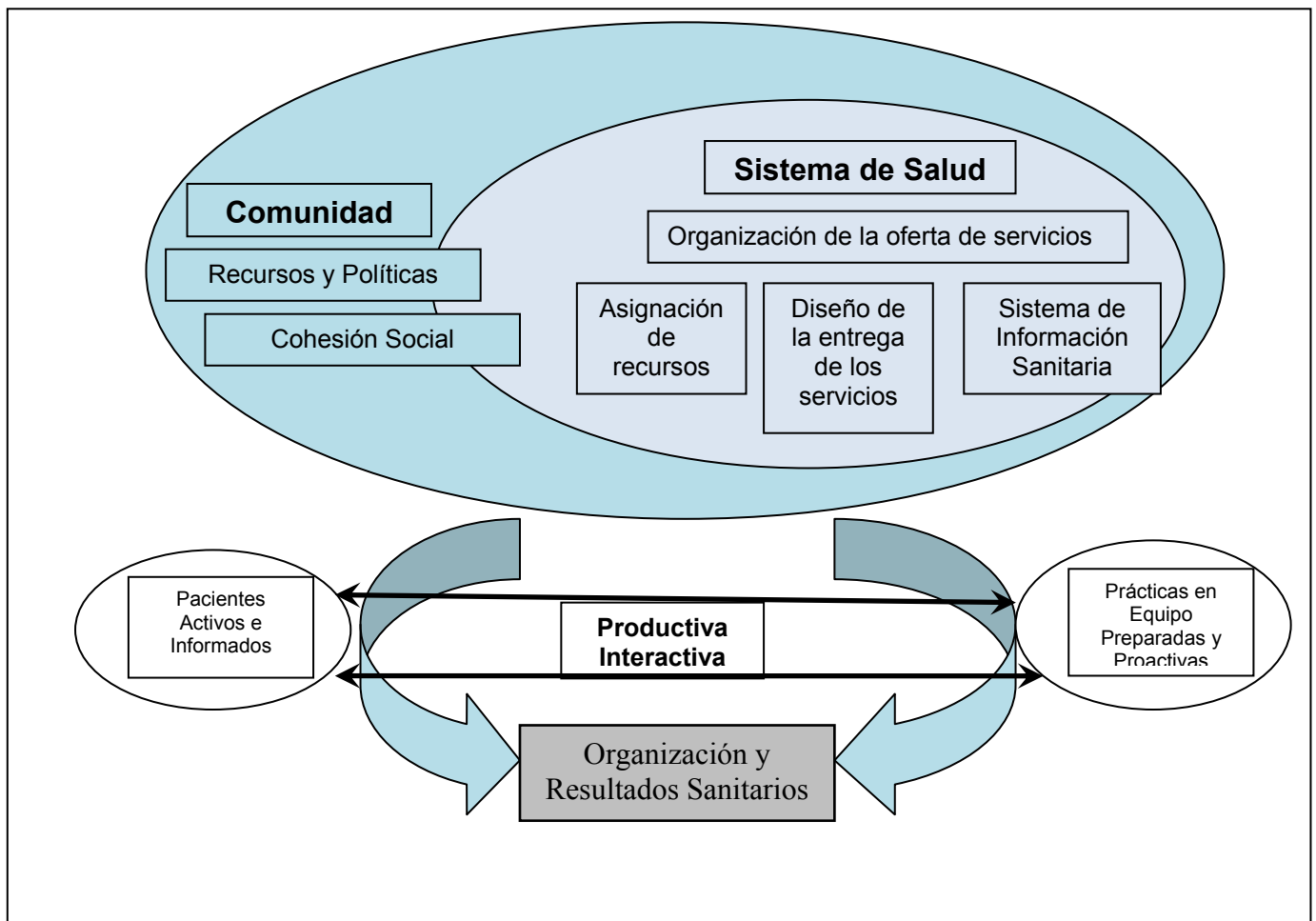
de forma exponencial en los años 80 y primeros años de la década de los 90, ascendiendo en 1998 el gasto en salud a 1,2 trillones de dólares representando el 15% del PIB (el mayor en el mundo). Las causas que explicaban el incremento del costo eran similares a las que experimentaban la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, esto es, el aumento de las personas y de los procesos a tratar debido al envejecimiento y mayor esperanza de vida de la población, un aumento de la proporción de personas con enfermedades crónicas y la introducción de nuevas tecnologías, más efectivas pero más costosas.

Las mismas propuestas para controlar el crecimiento de los costos en salud se encuentran detallados en (Morgan J, 2008), allí propuso:

- Mayor potencial de ahorro de costos
- Revisar la eficacia de nuevos medicamentos y las formas de tecnología antes de reembolso
- Desarrollar historia clínica electrónica.
- Mejorar la atención de los pacientes con enfermedades crónica

Asimismo sobre la base de trabajos realizados en el Group Health Cooperative 5 y revisiones de la literatura, se ha desarrollado un modelo para mejorar la atención de enfermedades crónicas que incorpora estas y otras intervenciones eficaces (Figura a). El modelo sugiere que las interacciones paciente-proveedor que resulta de la atención, que mejoraría los resultados, se encuentran en los sistemas de salud que interactúan todos sus actores en pos de la organización y obtención de resultados sanitarios, la propuesta se sintetiza en la siguiente figura a:

5 Group Health Cooperative Fundada en 1947 y con sede en Seattle, Washington, Health Group y sus compañías subsidiarias de salud, Group Health Options Inc., y los planes de KPS de la Salud, atienden a más de 600.000 residentes del estado de Washington y Idaho.



La figura (a).⁶

Respecto al concepto de cohesión social que aparece en la figura a, según el (Banco Mundial, 2003): es el grado de interdependencia entre los miembros de una sociedad, basada en la identidad común, la solidaridad y confianza. Se funda en el desarrollo de una comunidad de valores compartidos, de metas y objetivos comunes bajo una situación de igualdad de oportunidad, y basada en la reciprocidad. De acuerdo a esta definición, las políticas públicas a favor de la cohesión social serían aquellas que:

- Desarrollen identidad común
- Construyan solidaridad
- Establezcan horizontes de confianza
- Establezcan situaciones de igualdad de oportunidades
- Generen en la comunidad relaciones basadas en la reciprocidad

⁶ Modelo de mejoramiento de la atención de enfermedades crónicas. Traducción, elaboración propia. <http://www.acponline.org/>.

En la Argentina, en la última encuesta de factores de riesgo publicada en el año 2010, se evidenció un aumento de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y otras enfermedades crónicas. Distintas teorías coinciden en que para revertir la tendencia del aumento de las enfermedades crónicas o no transmisibles, se requerirá de un cambio profundo en todos los niveles de gestión tanto públicos como privados, de sus organizaciones participantes y grupos sociales a través de un trabajo mancomunado. Se plantea un modelo de gestión apoyado en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)⁷, a través del gerenciamiento por patología o Disease Management, que busca la disminución de la variabilidad de la práctica a través de guías de atención clínica elaboradas por las máximas autoridades en la materia, el gerenciamiento por patología permitirá además de ofrecer los mejores tratamientos que hoy ofrece la MBE, implementar indicadores de proceso, resultados y una asignación de los recursos por programa. También en un contexto de Salud Pública (Jenicek, 1997) propone el concepto de Salud Pública Basada en la Evidencia (SPBE), entendida como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia en la toma de decisiones sobre la atención a comunidades y poblaciones en el campo de la protección de la salud, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento y mejora de la salud.

4.6 Revisión de la normativa que da marco a la cobertura para patologías crónicas en el sistema de salud nacional argentino.

Revisando las regulaciones por las cuales se obligan a los agentes de salud del sistema nacional argentino a dar tratamiento a las enfermedades no transmisibles (ENT: Enfermedades no transmisibles: la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, las neumopatías crónicas, y las lesiones), como así también realizar intervenciones primarias para la prevención de otras enfermedades sobre población en riesgo, sin embargo en la Argentina el aumento de la prevalencia es sostenida.

A continuación un relevamiento de todas las resoluciones que hacen referencia a la cobertura obligatoria para los agentes del sistema de salud como así también una recopilación al momento de la investigación, de los programas de prevención de enfermedades.

⁷ Gordon Guyatt, en el año 1991, por primera vez introdujo en la literatura médica el término de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que consiste en basar la toma de decisiones clínicas en las mejores pruebas procedentes de la investigación publicadas en la literatura médica.

4.6.1 Programa Médico Obligatorio (P.M.O).

- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 247/96 - 17/05/1996 - Programa Médico Obligatorio. No vigente. Derogada Art. 4º Res. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 1/01.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 356/97 - 23/06/1997 - Hace referencia al PRAO, debe considerarse al Médico Pediatra como el Médico Generalista de la etapa de la vida que incluye el período neonatal, la niñez y la adolescencia.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 157/98 - 13/03/1998 - Hace referencia que PRAO, debe considerarse a los Médicos Ginecólogos y/u Obstetras como los Médicos Generalistas de la atención de los aspectos de la salud de la mujer relacionados con estas disciplinas.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 939/00 - 24/10/2000 - Programa Médico Obligatorio. No vigente. Derogada Art. 6º Res. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 1991/05
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 01/01 - 08/01/2001 - Programa Médico Obligatorio. No vigente. Derogada Art. 6º Res. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 1991/05.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 201/02 – 09/04/2002 - Resolución 201/02 y sus modificatorias - Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PRAOE). Derogada parcialmente por Res. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 1991/05. (termina con el PRAO de Emergencia e incorpora más prácticas, etc. Ver más adelante la Resolución donde está aclarado que sigue vigente)
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 310/04 - 07/04/2004 - Formulario Terapéutico PRAO
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 758/04 - 26/07/2004 - Modifica las Resoluciones Nº 201/2002 y 310/2004, en relación con las altas o bajas, tanto de principios activos como de precios, en la cobertura de medicamentos para los beneficiarios del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 82/05 - 31/01/2005 - Excluye el principio activo Rofecoxib en todas sus presentaciones.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 752/05 - 04/07/2005 - Incorpora en el Anexo IV de la Res.Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 201/02, modificada por la Res. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 310/04 y 758/04 principios activos, formas farmacéuticas y presentaciones; y en el Anexo III Recomendaciones de Uso del Formulario Terapéutico.

- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 1747/05 - 02/12/2005 - Incorpora modificaciones en los Anexos III y IV de la Res. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 201/02, 310/04 y 758/04.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 1991/05 - 28/12/2005 - **Aprueba Programa Médico Obligatorio, vigente a partir del 1° de Enero de 2006.** Aprueba como parte integrante del Programa Médico Obligatorio las previsiones de la Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 201/02, 1418/07, 310/04, 758/04, 82/05, 752/05 y 1747/05.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 1714/07 - 01/01/2006 - Vigencia PRAO - Res. 1991/05 - Art. 2° — En el marco de sus atribuciones, este Ministerio determinará el mecanismo de actualización que se sustente en análisis sistemáticos y pormenorizados de cargas de enfermedades y de la medicina basada en la evidencia, permitiendo tomar decisiones adecuadas respecto a la incorporación y/o baja en el catálogo de prestaciones incluidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO. - Art. 3° — Ratifíquese lo actuado por el Consejo Nacional Consultivo de Salud respecto al nuevo MODELO DE ATENCION SANITARIA.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 1418/07 - 23/10/2007 - Rectifica el Anexo III de la Resolución N° 201/2002, modificada por su similar N° 310/2004.
- Resolución SSSalud 1025/09 - 08/10/2009 - Establece que la modificación de la cartilla de prestadores de los Agentes del Seguro de Salud no podrá afectar la continuidad de tratamiento de las prácticas asistenciales en curso de ejecución de su población beneficiaria.
- Decreto 1083/09 - 29/12/2009 - Aprueba la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable.
- Ley 26529 - 19/11/2009 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Historia Clínica y Consentimiento Informado.
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 1230/08 - 28/10/2008 - Art. 1° - Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán brindar a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, las prestaciones médico-asistenciales establecidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PRAO) vigente a la fecha.

4.6.2 Programas de Prevención

También se encuentran previstas en la legislación diferentes propuestas de intervención para el desarrollo de estrategias de prevención, en la cuales se desarrollan guías para su implementación. A continuación un resumen de los programas vigentes.

- Res 83/2007 Programa Médico Asistencial. La Superintendencia de Servicios de Salud, obliga a las obras sociales, a la captura de información epidemiológica, que conforma el Sistema Básico de Datos de la Seguridad Social (SIBADA), a remitir a este organismo a fin de dar cumplimiento a lo establecido por la Resolución 83/2007 SSSalud.
- Resolución 806/2007. Apruébanse los planes de prevención, que serán de aplicación para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Bs. As., 27/12/2007. Se incluye un sistema de subsidios para los agentes de la seguridad social. Incluye los siguientes programas:

Programa de prevención de Dislipemias.

Programa de prevención de cáncer de mama.

Programa de prevención de cáncer de cuellos de útero – Infección por HPV

Programa de prevención y Detección precoz de la diabetes.

Programa de prevención de la obesidad.

Programa de prevención del Cáncer Colorectal (CCR)

Programa de prevención para la hipertensión arterial.

Programa de prevención y tratamiento antitabaco.

Diabetes

- Ley 23753 - 29/09/1983
- Decreto 1271/98 - 23/10/1998 - Reglamenta Ley 23753
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 301/99 - 16/04/1999 - Incorpora las leyes 23753 y Decreto 1271/98 al PRAO
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 542/99 – 26/07/1999 – Norma Complementaria de al Res. Ministerio de Salud de la Nación Argentina Nº. 247/96, en relación con la inclusión de la insulina y demás elementos necesarios para su aplicación entre los medicamentos que deben ser obligatoriamente provistos por los Agentes de Salud en cumplimiento del Programa Médico Obligatorio.

Trastornos Alimentarios

- Ley 26396 - 03/09/2008 - Prevención y control de los trastornos alimentarios.
- Decreto 1395/08 - 03/09/2008 - Decreto Reglamentario Ley 26396
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 742/09 - 01/06/2009 - Aprueba e incorpora al Programa Médico Obligatorio prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes, (léase inclusión de cirugía bariátrica).
- Resolución Ministerio de Salud de la Nación Argentina 11/09 - 01/09/2009 - Crea el Registro de Establecimientos de Cirugía Bariátrica. Requisitos para la Inscripción.
- Ley 26588 - 02/12/2009 - Detección Temprana, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Celiaca. Las obras sociales enmarcadas en las Leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma, incluyendo las harinas y premezclas libre de gluten, cuya cobertura determinará la autoridad de aplicación.

4.7 Relevamiento de distintas estrategias macro para modificar la accesibilidad a alimentos en Argentina.

Según la Organización para la Alimentación y la Agricultura de las Naciones Unidas (FAO) la seguridad alimentaria se define como el acceso de todas las personas y en todo momento a alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos en cantidad suficiente (calidad, cantidad y variedad) para llevar una vida activa y sana. Este aspecto es uno de los más importantes de tener en cuenta al momento de diseñar una estrategia eficaz para revertir la prevalencia de enfermedades como la obesidad, diabetes o desnutrición entre otras.

En la Argentina aún todavía no es equitativo el acceso a los alimentos ricos en nutrientes y seguros para toda la población, su accesibilidad económica es una de las barreras. Sin embargo se está trabajando desde distintos sectores para lograr algunos aspectos importantes. A continuación algunas de las estrategias.

ACUERDO 8/2009 - REUNION MINISTROS DE SALUD (RMS). *Estrategia MERCOSUR de Nutrición para la Salud de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Del: 04/12/2009* VISTO: El Tratado de Asunción, el Protocolo de Ouro Preto, las Decisiones Nº 03/95 del Consejo del

Mercado Común y los Acuerdos N° 05/99 y 17/08 de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR.

CONTENIDOS DEL INFORME

1ª parte - La situación alimentaria y nutricional de nuestras poblaciones.

2ª parte - La institucionalidad en cada país de las áreas de alimentación y nutrición y seguridad alimentaria y nutricional - identificación de fortalezas y debilidades.

3ª parte - Los programas y las acciones actuales de alimentación, nutrición y control nutricional y sanitario de alimentos - identificación de fortalezas y debilidades.

4ª parte - Identificar las acciones prioritarias.

5ª parte - Conclusión - presentar un Plan de Acción

4.7.1 Seguridad alimentaria, algunas intervenciones del Estado Nacional Argentino⁸

En noviembre del año 2009 a través de la Resolución 719 se crea la Dirección de Promoción de la Salud y control de enfermedades No transmisibles (ENT: Enfermedades no transmisibles: la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, las neumopatías crónicas, y las lesiones) que depende de la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación. A través de la Comisión Nacional de Prevención y Control de ECNT del Ministerio de Salud de la Nación Argentina entre sus objetivos se encuentra promover la regulación de la oferta de productos y servicios con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población (disminución del contenido de sal en los alimentos industrializados, eliminación de grasas trans, disminuir el acceso al consumo de tabaco, etc.). Dicha Comisión la integran 60 organizaciones civiles y científicas. Está compuesta por representantes de organismos públicos, sociedades científicas, ONGs, universidades, prestadores de servicios de salud y la industria alimentaria. A través de su gestión se estableció un acuerdo con el sector industrial de alimentos por el cual se reducirá de manera **voluntaria** y progresiva el contenido de sodio en los cuatro grupos de alimentos procesados prioritarios, integrados por los productos cárnicos y sus derivados -entre los que se encuentran chacinados cocidos y secos, y embutidos y no embutidos-; los farináceos como galletitas, panificados y snacks; los lácteos, incluyendo una gran variedad de tipos de quesos; y las sopas, aderezos y conservas. Según fuentes del Ministerio de Salud de la Nación Argentina a través de su publicación en la página Web,

⁸ <http://msal.gov.ar/ENT/Default.aspx>

actualmente, en el país se estima que el consumo diario de sal por persona asciende a 12 gramos, constituyéndose en un factor de riesgo significativo para la salud de la población. Argentina, a través de su Estado Nacional tiene por objetivo promover la reducción progresiva del consumo de sal a partir de un trabajo mancomunado entre el Estado y la Industria Alimentaria para alcanzar, en el año 2020, la meta de 5 gramos diarios de consumo promedio de sal por persona, según el valor máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Argentina también se ha comprometido a promover acciones tendientes a disminuir las grasas trans de producción industrial. Con esa finalidad, se trabajó en un acuerdo con la industria de alimentos para reducir el contenido de grasas trans en sus productos, y en la elaboración de un proyecto de modificación del Código Alimentario Argentino. El Artículo 155 tris fue incorporado por la junta 137/10 y 941/10 de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos y la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca, con fecha 3 de diciembre de 2010. Para facilitar y efectivizar el cambio tecnológico en las industrias de alimentos, la norma prevé un plazo de adecuación a partir de su publicación en el (Boletín Oficial, 2010).

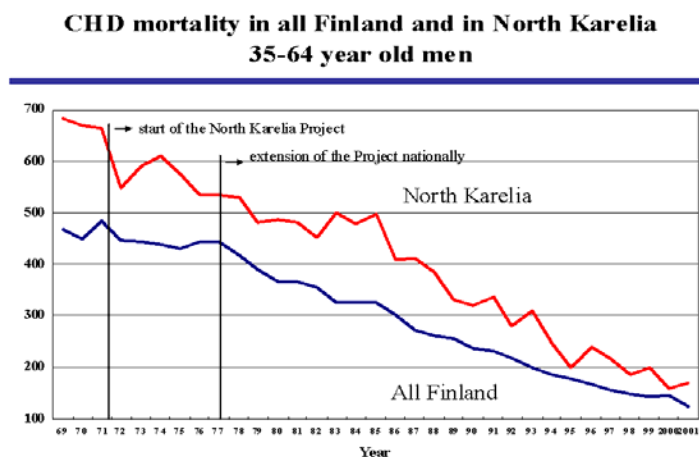
Código Alimentario Argentino

Capítulo III- Artículo 155 tris: “El contenido de ácidos grasos trans de producción industrial en los alimentos no debe ser mayor a: 2% del total de grasas en aceites vegetales y margarinas destinadas al consumo directo y a 5% del total de grasas en el resto de los alimentos. Estos límites no se aplican a las grasas provenientes de rumiantes, incluyendo la grasa láctea”.

4.7.2 Otras estrategias de políticas saludables para mejorar las intervenciones sanitarias.

El Proyecto Karelia del Norte, desarrollado en Finlandia a partir de la década de 70, tuvo como objetivo transformar el entorno social y físico de Karelia del Norte. Su gobierno solicitó ayuda a expertos y organismos internacionales (OMS), para reducir la mortalidad por enfermedad coronaria excepcionalmente elevada en el este de Finlandia.

Gráfico N° 8: Enfermedad coronaria - mortalidad en toda Finlandia y en la provincia de Karelia del Norte 1969-2002 (hombres, con edades entre 35 a 64)



Fuente: National Institute for

Health and Welfare. Instituto Nac. De Salud y Bienestar Social de Finlandia.

Tuvo un enfoque basado en la comunidad en el cual las intervenciones preventivas se dirigieron no sólo a las personas que vivían con una enfermedad crónica, o a quienes corrían un alto riesgo, sino al total de la población. La premisa central era cambiar el estilo de vida general causante de los factores de riesgo en la zona, mediante iniciativas basadas en la comunidad que incluían servicios preventivos y de información, además de trabajar con una serie de organizaciones, como ONGs, los sectores privados y Políticos con poder de decisión. La idea general era transformar el entorno social y físico de Karelia del Norte.

A continuación tablas comparativas sobre la disminución de la prevalencia.

Tabla N° 10: Principales factores de riesgo en Karelia de Norte 1972 y 2007 en varones y mujeres de entre 30 y 59 años.

Tabla 1: Principales factores de riesgo en Karelia del Norte entre 1972 y 2007 en varones y mujeres de entre 30 y 59 años

Año	Varones			Mujeres		
	Tabaquismo (%)	Colesterol en suero (mmol/l)	Tensión arterial (mmHg)	Tabaquismo (%)	Colesterol en suero (mmol/l)	Tensión arterial (mmHg)
1972	52	6,9	149/92	10	6,8	153/92
1977	44	6,5	143/89	10	6,4	141/86
1982	36	6,3	145/87	15	6,1	141/85
1987	36	6,3	144/88	16	6,0	139/83
1992	32	5,9	142/85	17	5,6	135/80
1997	31	5,7	140/84	16	5,6	133/80
2002	33	5,7	137/83	22	5,5	132/78
2007	31	5,4	138/83	18	5,2	134/78

Fuente: National Institute for Health and Welfare. Instituto Nac. De Salud y Bienestar Social de Finlandia (2007).

Tabla N° 11: Cambios en los índices de mortalidad en Karelia del Norte. Finlandia

Tabla 2: Cambios en los índices de mortalidad en Karelia del Norte (por cada 100.000 habitantes) en varones de entre 35 y 64 años			
	1969-1971	2006	Cambio
Cualquier causa	1509	572	-62%
Cualquier causa cardiovascular	855	182	-79%
Enfermedad coronaria cardiaca	672	103	-85%
Cualquier tipo de cáncer	271	96	-65%
Cáncer de pulmón	147	30	-80%

Fuente: National Institute for Health and Welfare. Instituto Nac. De Salud y Bienestar Social de Finlandia (2006)

Con el proyecto de Karelia del Norte, Finlandia logró muy buenos resultados y proporcionó un modelo para la promoción de salud y prevención de enfermedad crónica con éxito alrededor del mundo. Sus estilos de vida ahora son más saludables, logrando disminuir los niveles de factores de riesgo, y las tasas de enfermedades, en forma considerable. Las tasas de mortalidad cardiovascular anual entre personas en edad laboral también disminuyeron en un 80% inferior que al principio; la esperanza de vida aumentó en forma considerable y ha mejorado la salud pública. Con la extensión de la iniciativa por todo el país, la prevalencia de los factores de riesgo y de mortalidad por enfermedad cardiovascular, comenzó a descender bruscamente en toda Finlandia; la disminución en Karelia del Norte se mantuvo. Durante 30 años de seguimiento, y hasta la fecha, esta tendencia general se ha mantenido. (Pekka Puska, 2007).

Si se trata de analizar las estrategias posibles de intervención a nivel de políticas de gestión macro para mejorar las estrategias sanitarias, no podemos dejar de mencionar al autor de 'Obesos y famélicos' (Patel Rai, 2008) el cual abrió el camino que ha conducido a los más importantes estudios hasta ahora realizados en torno a la globalización, hambre y a los negocios en el nuevo sistema alimentario mundial. El autor analiza varias contradicciones en el sistema de producción alimentario mundial y en las diferentes formas de intervenir de los Estados en relación a sus políticas de administración de recursos, entre los cuales se encuentra la forma inequitativa de distribución de los alimentos y falta de control a la industria alimentaria. Refiere que la humanidad produce actualmente más alimentos que en toda su historia. Una cifra superior al 10% padece de hambre, mientras que paralelamente, gran parte

de la población hoy en día tiene sobrepeso y obesidad, lo cual denota una forma poco equitativa de distribución de alimentos. Se debería trabajar en afianzar el camino que conduzca a prevenir epidemias globales de diabetes y afecciones cardíacas y hacer frente a problemas medioambientales y sociales.

El sistema agroalimentario actual no solo produce hambre, sino también produce sobrepeso, obesidad y diabetes entre otras enfermedades. La obesidad y el sobrepeso no son solo problemas de ricos que comen alimentos que engordan: "Estos trastornos de la salud asociados a la comida se relacionan con una alimentación que tiene cada vez más productos refinados, alimentos de origen animal, grasas y aditivos químicos añadidos, no para mejorar su calidad, sino para garantizar la manufactura, el almacenamiento y transporte. Para sostener la expansión de los imperios alimentarios" (Delgado, 2010). También la prevalencia de sobrepeso y obesidad es un problema en la población de escasos recursos. Para ilustrar, se describen tres ejemplos sobre formas de construir problemas de salud. Uno en la Argentina (ENNyS, 2008) el resto en otras partes del mundo (Patel Raj, 2008):

- *"En Inglaterra, los niños tienen la posibilidad de elegir en los supermercados entre veintiocho marcas de cereales infantiles para el desayuno. El contenido de azúcar de veintisiete de éstos, excede las recomendaciones del gobierno. Lo anterior es clave para entender que en el Reino Unido, 8,5% de los niños de seis años y más de uno de cada diez chicos de quince años sean obesos.*
- *En 1992, en la India, en las mismas aldeas y pueblos donde la malnutrición había comenzado a atacar a las familias más pobres, el gobierno permitió que se colara en su sistema económico, hasta entonces muy protegido, los fabricantes de refrescos extranjeros y multinacionales de la alimentación. En una década, la India logró la mayor cantidad de diabéticos del mundo, la mayoría niños, consumidores excesivos de alimentos inadecuados".*
- *En la Argentina, país exportador de materias primas y alimentos procesados, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló, en 2004-2005, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2008)). En la cual se presentaron los resultados relacionados con la problemática de la anemia en la población materno infantil. Entre sus objetivos estuvo describir la situación de salud y el estado nutricional en niños de 6 meses a 6 años, según región y nivel socioeconómico. Se observó 8,0% de acortamiento, 1,3% de emaciación (adelgazamiento patológico) y 10,4% de obesidad. La prevalencia de anemia fue 16,5% en menores de 6 años y 35,3% en niños de 6-23 meses. Si bien la anemia prevalece en la población con necesidades básicas insatisfechas, pobres o indigentes, de menores ingresos y menor acceso educativo, no está ausente en los segmentos de población con mejor nivel adquisitivo. Otro hallazgo es haber detectado anemia en registros más elevados en aquella población que fue beneficiaria de algún plan de asistencia alimentaria. Por otra parte, uno de cada siete niños de 2 a 5 años presentó valores de déficit subclínico de vitamina A. El 2,1% de los niños presentó asociación entre anemia y deficiencia subclínica de vitamina y las estimaciones del déficit se acentúa en los niños con anemia, así como la prevalencia de anemia se duplica en los niños con deficiencia de vitamina A.*

A raíz de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en el informe "Anemia: la desnutrición oculta", en la Pág. 72 (ENNyS, 2008), se encuentran detalladas recomendaciones de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil que se describen a continuación:

- *"Promover en forma efectiva la ligadura oportuna de cordón umbilical (cuando cesan los latidos del cordón) en todas las maternidades.*
- *Prevenir el bajo peso al nacer a partir de acciones de cuidado de la mujer embarazada.*
- *Estimular la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer semestre y la alimentación complementaria adecuada con incorporación oportuna de carnes.*
- *Procurar una cobertura efectiva del programa de provisión de leche fortificada con hierro, zinc y vitamina C (Ley 25459/01) para niños y mujeres embarazadas.*
- *Reforzar las acciones en educación alimentaria orientadas a producir cambios positivos respecto del consumo de fuentes adecuadas de hierro conjuntamente con facilitadores de su absorción y la disminución del consumo de inhibidores.*
- *Garantizar el cumplimiento del enriquecimiento de la harina de trigo con hierro, ácido fólico y otras vitaminas B de acuerdo a la Ley 25 630/02 en el marco de la política de fortificación adoptada en el país, y en este sentido, gestionar la ampliación de la oferta de alimentos fortificados.*
- *Continuar con la estrategia de suplementación farmacológica según prescripción adecuada en los grupos de riesgo (niños menores y embarazadas)".*

La industria alimentaria también es co-responsable en el aumento de la prevalencia de la obesidad, en relación a la producción de alimentos. Producto de la falta de regulación y control, por parte de los estados, en la calidad de los alimentos y la oferta de los mismos. Como describe (Patel Raj, 2008) *"el sistema actual de producción de alimentos no es un acuerdo casual. Es un compromiso entre diferentes demandas e inquietudes, entre las corporaciones que quieren mayores ganancias y los gobiernos preocupados por las tensiones sociales (u, ocasionalmente, por alguna sonada derrota en las elecciones) y entre los consumidores urbanos. Las comunidades rurales están completamente ausentes de esta historia".* Pág. 19.

También (Patel Raj, 2008) plantea que no se trata de refundar el capitalismo sino de aprender a vivir de otra manera, reforzar la democracia, recuperando la soberanía del ciudadano convirtiéndose en algo más que un mero consumidor. Cambiando el espíritu y los principios que rigen sus vidas. En su último capítulo propone una manera de reconfigurar el sistema de producción alimentaria y reescribir las relaciones de poder que explotan a las personas tanto al que cultiva como al que le llega el momento de comer y no puede elegir libremente sus alimentos.

Asimismo la industria alimentaria podría desempeñar una función importante en la

promoción de una alimentación saludable para revertir la situación:

- reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados;
- asegurando que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a unos alimentos sanos y nutritivos;
- poner en práctica una comercialización responsable, y
- asegurar la disponibilidad de alimentos

En la Argentina hay antecedentes sobre la falta de interés en regular la industria alimentaria, en el momento de la promulgación de la Ley de trastornos alimentarios uno de los artículos vetados, hacía referencia a la regulación de los productos con azúcar. Un representante político se opuso a ese artículo para no ir en contra de los intereses del sector productivo de la provincia que representaba. Otro ejemplo es la postergación de la ley que regula a los envases de los alimentos, en la cual deberían obligar a los productores a informar sobre la composición del producto y alertar con un semáforo cuales son los alimentos con alto contenido en grasa o sodio, favoreciendo el acceso a la información (contrarrestando a la letra chica de los envases) y poder así realizar una adecuada selección de los productos.

Otro desafío importante para mejorar la accesibilidad a una alimentación sana, lo tiene el **Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA)**⁹, fue creado en 2003 por la Ley 25.724, con el objetivo de posibilitar el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a una alimentación adecuada, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país, promovido por el Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, este realiza convenios anuales con municipios y ONGs de todo el país. El Ministerio envía dinero y hace algunas auditorias para corroborar su cumplimiento. La elección de los beneficiarios depende de la Ongs o el Municipio donde se desarrollan las acciones. Se le entrega al beneficiario una Tarjeta Alimentaria para comprar lo que desee en supermercados. Su implementación reemplaza la modalidad de distribución de bolsones de alimentos y, de ese modo, facilita el acceso a una alimentación variada. El Ministerio envía refuerzo de dinero para eventos especiales como por ejemplo Navidad o día del niño. El plan tiene además capacitaciones a los Municipios y Ongs. Recientemente se incorporaron al plan a Nutricionistas que están empezando a plantear la problemática de obesidad pero no hay ninguna medida concreta dirigida a ese tema por el momento.

⁹ Fuente: Relevamiento Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina

Para lograr la promoción de la salud en las ciudades es necesario compromiso político y social, asimismo debe haber participación activa de instituciones gubernamentales, el sector privado y la comunidad. Asimismo es importante centrar las políticas públicas en las “personas”, promoviendo desarrollo a través de una economía social, basada en una ética con equidad en el acceso. (Amartya Sen, 2010) propone un concepto sobre un “*desarrollo como libertad y justicia*” el desarrollo como libertad se enfoca en los fines, o más exactamente, en la libertad para lograr los objetivos en la vida que una persona elige con su razonamiento. Ése es el cambio de enfoque que implica pasar del desarrollo como crecimiento económico al desarrollo como libertad. Estas son estrategias importantes para permitir la integración de actividades de promoción y protección con el fin de influir en los determinantes de la salud, aspectos claves al momento de revertir la prevalencia de las enfermedades no transmisibles.

4.8 **Prevención Cuaternaria**

Hablamos de prevención cuaternaria para designar el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (Gervas Fernandez, 2003). Tiene que ver con poder poner límites a propuestas indecentes, y ofrecer alternativas sensatas y con apoyo científico. Hacer prevención cuaternaria en la consulta es cumplir con el objetivo científico de la Medicina, que busca “la máxima calidad con la mínima cantidad, tan cerca del paciente como sea posible” (Gervas, 2006).

Dada la multicausalidad que caracteriza a la obesidad, su abordaje resulta un campo propicio para realizar intervenciones que puedan resultar iatrogénicas. El paciente que está atrapado en una situación clínica particular, como las enfermedades crónicas, suele encontrarse con dificultades para aceptar la situación por la cual llegó a enfermar. Esto genera dificultades al profesional al momento de su abordaje. Un modo posible para contrarrestar la demanda por parte del paciente de intervenciones innecesarias es que el profesional antes de intervenir, se posicione como “promotor de salud” cambiando el modelo de intervención poniendo especial énfasis en la importancia que para el paciente tendrá, cambiar sus estilos de vida.

Otro aspecto de la prevención cuaternaria es que no intenta eliminar sino sólo atemperar la medicalización de la vida cotidiana, pues parte de dicha medicalización es ajena al acto médico y tiene profundas razones sociales, culturales y psicológicas. La administración de los medicamentos debería sólo actuar como coadyuvante de determinadas situaciones clínicas

bien enmarcadas por un acto médico y no ser promovida por el mercado, la industria de los medicamentos, como modo de paliar el sufrir que genera la vida de las personas.

En el libro "La Argentina Ansiosísima", su escritora documenta a través de una investigación (Shapira, 2009) sobre los argentinos y su relación con los psicofármacos. Recorre distintos testimonios en los cuales el común denominador es el uso de los medicamentos con el objetivo de poder enfrentar la angustia y la ansiedad que les genera las situaciones personales o sociales ante situaciones de crisis. El (INDEC, 2006) informó que los productos destinados al sistema nervioso encabezan la facturación, seguidos por los orientados al aparato digestivo. Los programas que gestionan patologías crónicas también son una herramienta importante, cuyo eje principales debería ser la promoción de cambios de estilos de vida, promoviendo la desmedicalización de la vida cotidiana y si, a través de educación sanitaria, hacer adherir a los tratamientos farmacológicos que si mejorarían la situación clínica del paciente y por ende su calidad de vida.

En el libro "La relación Médico Paciente" (Vidal y Benito, 2007) se describe un marco teórico que fundamenta las actitudes, habilidades y destrezas comunicacionales que un profesional de la salud, debiera poder implementar durante la consulta médica. Este marco se elaboró a partir de las experiencias clínicas con pacientes que padecen enfermedades somáticas y está pensado para que el profesional del equipo de salud, especialmente el médico, pueda analizar lo que ocurre psico-socialmente en su relación con el paciente-familia. Este marco teórico propuesto, dada las características de la obesidad, es muy interesante dado que adquiere características particulares en su abordaje, y podría lograr mecanismos que ayuden al paciente a motivar su decisión de cambiar sus estilos de vida. Además, posibilitaría mejorar el proceso de selección de pacientes que solicitan un tratamiento multidisciplinar para el descenso de peso, permitiéndole al profesional poder evaluar el momento más oportuno para comenzar y así mejorar sus resultados. Es importante facilitar en el paciente un cambio de posición en relación a su problema de salud, ayudándolo a virar pasando de querer "descender de peso" a "desear cambiar estilos de vida" y conseguir reestablecer un estado de salud viable según sus posibilidades.

5. Desarrollo

5.1 Aspectos sobre la implementación del programa de re educación alimentaria (PRA) aplicado a una población de un seguro privado de salud

La implementación de un Programa Global de Re Educación Alimentaria para personas con sobrepeso y obesidad (PRA) en un seguro privado de salud, se dio en oportunidad de detectar un incremento de la demanda de cirugías bariátricas, asimismo el aumento de la demanda de tratamiento por obesidad. El seguro estaba cubriendo desde el año 2000 dichas cirugías, previo al marco regulatorio vigente (Res.742/09), ajustada su cobertura a guías basadas en la evidencia médica (IECS; 2005). Recién en el año 2005, en el Departamento de Calidad Médica, se comenzó a trabajar en el relevamiento de varios actores, entre ellos un cirujano, para detectar fallas en el proceso de selección de los pacientes, y así mejorar el proceso de selección de los mismos.

Fue así que en Abril del 2007 se implementa dicho programa, los motivos que justificaron un proyecto integrado de salud para personas con obesidad como el analizado en este trabajo, fueron:

- Ofrecer un esquema de alta efectividad, como propuesta no quirúrgica
- Mejorar la calidad de vida de personas con obesidad
- Optimizar y Coordinar los servicios de salud

Para la administración del PRA se definió una coordinación administrativa técnica, dos asesores técnicos en la línea telefónica – Licenciadas en psicología y un administrativo. Se formalizó una norma de cobertura y se preparó un andamiaje administrativo que permitió su cobertura a todas aquellas personas que tuvieran sobrepeso u obesidad, no importando el plan de cobertura médica que tuviera la población afectada.

Objetivos Primarios del PRA

1. Lograr un descenso de peso adecuado. Esto es un IMC Índice de masa Corporal inferior a 30, índice por sobre el cuál aumenta exponencialmente la probabilidad de complicaciones de la obesidad.
2. Además disminuir el perímetro abdominal, pues cuando la circunferencia de la cintura, para el caso del hombre el valor es > a 102 cm. y en las mujeres > a 88 cm., se define como un indicador de alto riesgo cardiovascular.

Objetivos Secundarios del Programa De Re Educación Alimentaria (PRA)

3. Mejorar aquellos valores clínicos que estuvieran alterados dislipemias, aumento de tensión arterial, diabetes, hiperuricemia, etc. Además de los síntomas objetivados por el paciente: disnea, apneas, lumbalgias, astenia, dispepsias entre otras.
4. Disminuir las co-morbilidades psiquiátricas asociadas a la obesidad: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, disfunciones sexuales.
5. Lograr mediante el nuevo programa de alimentación llevado a cabo conjuntamente con la actividad física, disminuir la severidad de las patologías asociadas a la obesidad, favoreciendo la menor utilización de medicamentos e internación.
6. Lograr el mantenimiento de peso, una vez conseguido el descenso y los cambios buscados.

También se definió un andamiaje administrativo, consensuado con todos los niveles de gestión del seguro, por el cual se pudiera garantizar el pago de honorarios diferenciales a los profesionales que intervinieran en el tratamiento y además poder agregar cobertura superadora, como por ejemplo cubrir a largo plazo los grupos terapéuticos coordinados por psicólogos. Se Independizó esta de la cobertura que el paciente tuviera por P.M.O (Plan Médico Obligatorio) en psicopatología. De esta manera si el paciente, por detectarse co morbilidades psiquiátrica y de requerir tratamiento de psicoterapia, podría entonces disponer de su cobertura para comenzar con tratamiento acorde. El nomenclador diseñado para el (PRA) tenía dos formas, una por prestación y otra por módulo según, oferta de servicios sanitarios en cada región. Respecto al pago de honorarios se definió valores diferenciales cuyo objetivo fue generar incentivo en los profesionales para que pudieran hacer una intervención caso por caso, atendiendo las particularidades de cada persona y lograr un mayor compromiso en la relación con el paciente, como así también conseguir mejor adherencia al tratamiento por parte de ellos. Respecto a la cobertura de lo grupos se definió el pago de un copago a cargo del paciente a modo simbólico para poder lograr compromiso con la adherencia al tratamiento y el resto es financiado por el seguro de salud. Nutrición sin copago.

La población beneficiaria con acceso al PRA fue definida para socios mayores de 18 años, importando su condición clínica, independientemente del monto de prima que pagara el cliente – paciente. Y si poseía un índice de masa corporal (IMC) entre:

- 27-29,9 Sobrepeso grado II (preobesidad)
- 30-34,9 Obesidad de tipo I
- 35-39,9 Obesidad de tipo II
- 40-49,9 Obesidad de tipo III (conlleva riesgos para la salud **)

* Luego de unos años de implementación se recortó la población para aquellos que sólo tuvieran IMC = o > a 27 Preobesidad.

IMC = Peso (Kg.) / Talla (m)² .

La población objetivo fue aquella a la cual se asociaban factores de riesgo cardiovasculares o quienes habían intentado múltiples tratamientos previos sin resultado.

En una primera etapa se implementó en Ciudad Autónoma de Bs. As, 2º Etapa: Gran Buenos Aires. 3º Etapa: Prov. de Bs. As. e Interior del País. (Salta, Tucumán, Córdoba, Mendoza, Rosario, Neuquén). La duración del programa inicialmente fue de un año a partir del ingreso. Incluía dos módulos de seis meses. Al completar el primer módulo, se revisaba a través de auditoria, el cumplimiento de objetivos para definir su continuidad o no o bien redefinir la estrategia del tratamiento. Con el transcurrir de la experiencia se fue prolongando hasta llegar a los dos años de tratamiento analizando caso por caso, según su situación clínica evaluada al inicio y durante el tratamiento.

Se definió una historia clínica (**) con variables clínicas para el seguimiento de pacientes. El formato de la historia clínica para la recolección de datos fue diseñado en formato papel y virtual, planilla Excel.

Al definirse la norma del PRA, además de definir la modalidad de atención se exigía que a partir de que el Médico coordinador de cada equipo interdisciplinar, detectara que un paciente reunía requisitos para ingresar al PRA, entonces enviara a la coordinación los datos de identificación del paciente y su IMC. De esta manera se daba el alta al PRA, y luego al mes de iniciado el tratamiento debía enviar por correo electrónico o por fax los datos iniciales que se detallas a continuación. (**).

Tabla N° 1: Variables solicitadas a los equipos clínicos a cargo de la atención de pacientes con obesidad.

Aspectos evaluados en el Programa Médico (Sexo y Edad)	Inicio	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
Circunferencia de cintura	X	X	X	X	X
Peso	X	X	X	X	X
Talla	X				
IMC	X	X	X	X	X
Dislipidemia	X	X	X	X	X
Valores tensión arterial (sistólica/diastólica)	X	X	X	X	X
Nº de Medicación para hipertensión	X	X	X	X	X
Glucemia	X	X	X	X	X
Hba1c. Hemoglobina Glicosidada	X	X	X	X	X
Nº de Medicamentos para diabetes	X	X	X	X	X
Colesterol Total (HDL/LDL/TRIGLICERIDOS)	X	X	X	X	X
Tabaquismo SI/NO	X	X	X	X	X
Nº de Medicamentos para la Obesidad	X	X	X	X	X
Actividad Física	X	X	X	X	X
Participa de la Actividad grupal?	X	X	X	X	X
Comorbilidades al inicio	X	X	X	X	X
Tensión elevada (cifras sistólicas > =140 mmHg y/o cifras de tensión diastólicas > 90 mmHg. SI/NO MEDICIÓN MEDIA AL INGRESO)	X	X	X	X	X
Dislipidemia (Colesterol Total Elevado > ó igual 240 mg/dL) SI/NO	X	X	X	X	X
DIABETES o INTOLERANCIA A LA SOBRECARGA HIDROCARBONADA SI/NO	X	X	X	X	X

¿Cómo estaban formados los equipos de profesionales que participaron del PRA?

Los equipos debían estar integrados por especialistas con formación y experiencia para el tratamiento de personas con obesidad que deseaban cambiar estilos de vida. Cuando un paciente no consigue éxito terapéutico con un tratamiento individual convencional nutricional, se hace necesario un abordaje multidisciplinario, por este motivo se convocó a profesionales que tuvieran interés en trabajar en equipo. Ellos formados por:

- Médica/o Clínica con especialización en Nutrición o al no disponer en la región de Médicos Nutricionistas, el equipo debía contar con un Médico clínico y una Licenciada en Nutrición.
- Además un Lic. en Psicología, Coordinadora de Grupos para el descenso.
- También Prof. de Educ. Física y/o kinesiólogos.

En aquellos lugares que no se disponía de equipo interdisciplinario, se accedía a la red de

médicos clínicos, especialistas en nutrición, psicólogos, kinesiólogos con excepción en aquellos lugares con falta de oferta de servicios sanitarios.

Para promover el autocuidado en la población en estudio se desarrollaron diversas herramientas de comunicación, una línea 0810. Una dirección de correo electrónico y un sitio en la página Web en la cual se puede disponer de distintas herramientas para comenzar con el tratamiento, como por ejemplo, calculador de índice de masa corporal con información, planilla de registro alimentario, planes alimentarios, entre otros. También, publicaciones de notas sobre prevención vinculados al tema, en un boletín que reciben los afiliados al seguro.

Los criterios promovidos desde la línea telefónica 0810, de cobertura nacional, fueron los descriptos como convenientes para una persona que tiene sobrepeso y obesidad. Por lo tanto si una persona se encontraba por encima de su peso adecuado, debía mejorar sus hábitos de alimentación, además de contemplar la posibilidad de aumentar su grado de actividad física. También acudir a un especialista en nutrición respaldado por un equipo de profesionales que garanticen un alto grado de efectividad del programa. En los casos de obesidad mórbida u obesidad con $IMC > 40$ ó $IMC > 35$ con co-morbilidades, además de ser atendidos por un equipo interdisciplinar, quienes trabajarían sobre cambios de estilos de vida, también evaluarían la pertinencia de la indicación quirúrgica, acorde a protocolo.

Asimismo la primera recomendación (antes de someterse a un tratamiento de cambios de estilos de vida) brindada en la línea 0810 estaba basada en los principios de Atención Primaria de la Salud, y es aquella atención médica general o básica focalizada en los cuidados preventivos y en los tratamientos de problemas y enfermedades habituales. Esta recomendación es, elegir un médico de cabecera que los acompañaran a los largo de sus vidas, para ayudar a organizarlos, pues en su mayoría, en los pacientes que deseaban comenzar con un tratamiento para obesidad, no se detectaban en su consumos que hubiera consultas previas con médicos clínicos, tampoco en nutrición.

5.1.1 Metodología de trabajo del equipo interdisciplinario propuesto desde la Coordinación del Programa de Re Educación Alimentaria.

1. Consulta Médico – Nutricional, para elaborar el plan alimentario individual atendiendo gustos, las necesidades y horarios de cada paciente, con una frecuencia mínima mensual.

2. Grupo de trabajo asistido y coordinado por una psicóloga, una vez por semana de una hora y media de duración.
3. Comenzar con un programa inicial de 6 meses al cabo del cual evaluar lo conseguido por cada paciente y re definir el tratamiento a seguir en caso de no lograr objetivos.
4. Brindar charlas a la comunidad, sobre los aspectos más importantes de la nutrición saludable y prevención de enfermedades relacionadas con el sobrepeso.
5. Realizar actividad física con un profesional calificado. Se definieron costos accesibles y modalidades diversas según oferta, con el objetivo de garantizar su acceso y quebrar barreras estructurales y económicas que generalmente no permiten acceder a la misma.

5.1.2 Indicaciones para la terapia cognitiva-conductual en el tratamiento para el descenso de peso:

La terapia del comportamiento tiene varias características.

- Orientada hacia una meta, por lo que los objetivos de la terapia están claramente definidos y están especificados en términos que son fácilmente medibles. Por ejemplo; Bajar tantos kilos o caminar 3 veces por semana durante 30 minutos o limitar el desayuno a 200 calorías entre otros.
- El tratamiento busca un cambio de comportamiento per se, por lo tanto difiere de la terapia dinámicamente orientada, la cual es mas probable que explore los manejos inconscientes del pensamiento.
- La terapia del comportamiento esta orientada hacia un proceso de cambio, proporciona un método de aprendizaje.

5.1.3 Propuestas para el tratamiento:

- Proponer a los pacientes, que lleven un registro diario de tipo y cantidad de comida que ingieren. Y de igual modo, registrar la actividad física que realizan.
- Resolución de problemas: Entrenar a través de tareas, las cuales enseñan a descubrir las dificultades y posibles soluciones.
- Educación nutricional: Hacer énfasis en planes alimentarios bien balanceados, no restrictivos, flexibles y sostenidos en el tiempo.
- Regulación del ritmo de ingesta: ejemplos, apoyar los cubiertos, masticar, sentarse, usar vajilla, etc. Se ha comprobado, que pacientes que lentifican la ingesta, pierden más peso que pacientes que no lo logran.

- Reestructuración cognitiva: Este tipo de terapia, está diseñada para ayudar a las personas que tienen que llevar adelante un plan alimentario, a sobreponerse a los pensamientos negativos que puedan minar los esfuerzos de control.
- Adquirir el hábito para la realización de actividad física, pues es el mayor reaseguro para el mantenimiento del peso a largo plazo. Trabajando para abandonar el sedentarismo.

Además se incluyó cobertura superadora de medicamentos coadyuvantes, para el momento de la implementación del PRA en abril del 2007, no estaba regulada su cobertura. Se cubrían para aquellos pacientes que ingresaran al programa, con descuentos según plan de cobertura y criterios de auditoría descritos por la, ANMAT, FDA y EMEA. Los medicamentos en ese momento eran: Inhibidor de la absorción de grasas (Orlistat), anorexígeno (sibutramina) y por último antagonista selectivo de los receptores canabinoides (CB1) (Rimonabant).

¿Cómo llegaban los pacientes al Programa?

Para que las personas con obesidad registradas en el seguro se enteraran de la existencia del programa se utilizaron variadas herramientas para lograr su difusión. Entre ellas se encontraban:

- Vía página Web - Internet (calculador de Índice de Masa Corporal)
- Tríptico en las sucursales, en centros médicos propios.
- Tarjetón virtual distribuidos en empresas clientes
- Difusión a empresas clientes
- Comunicación Interna a otras áreas
- Difusión en Revista Médica orientada a Médicos de la red de prestadores.
- Por derivación de los Profesionales de la cartilla.

5.2 Dificultades para la implementación de programas de gestión de enfermedades en el sistema de salud argentino

En el momento de comenzar a gestar el PRA, año 2006, e idear su planificación no estaba vigente la Ley 26396 (2008) sobre trastornos alimentarios, la cual incluye el tratamiento quirúrgico para la obesidad, ni mucho menos regulada. Se plantearon muchas dificultades, fundamentalmente la de conseguir equipos multidisciplinarios que ofrecieran tratamientos de características clínicas. Se excluían a aquellos equipos que estuvieran coordinados por un cirujano dedicado a realizar cirugías bariátricas.

Pues la idea central era independizar un proceso del otro, considerando al acto quirúrgico como un hito en un proceso, pues el tratamiento de la obesidad tiene características clínicas y a largo plazo. Era muy escasa la oferta de servicios sanitarios con las características descritas, la gran mayoría de los equipos detectados en el interior del país fueron apareciendo a partir de la promulgación de la ley 26396 (2008), y en muchos casos con poca trayectoria en el ejercicio profesional en el dispositivo multidisciplinar. En el caso de los Psicólogos se observaba escasa participación en Residencias Hospitalarias, probablemente debido a los escasos nombramientos. Asimismo se ofrecían con costos muy elevados, escandalosos y con promesas de éxito terapéutico de dudosa efectividad, para poder ser ofrecidos a personas con problemas de salud.

Esta situación planteaba inconvenientes al momento de tener que re orientar a una persona con problemas de obesidad a realizar un tratamiento acorde, existían serías dificultades en garantizar su accesibilidad. Se debe entender por tal a "la posibilidad de ser atendidos por los servicios sanitarios". Hay por lo menos tres tipos de accesibilidad: 1) material (distancia, transporte, horarios), 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios) y 3) sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.)"

En una investigación realizada por (Abranzón M, 2004) sobre recursos humanos en salud, pudo observar que el crecimiento de los recursos en salud, si bien fue creciendo con los años, fue atomizándose su distribución en las zonas más urbanas con marcadas desigualdades en la distribución geográfica de todas las categorías profesionales.

Tabla Nº 12: Personas < a 20 años con educación universitaria completa por profesión, según jurisdicción 2001.

CUADRO VIII | Personas de 20 y más años con educación universitaria completa, por profesión, según jurisdicción. 2001.

Jurisdicción	Bioquímica	Enfermería	Farmacia	Fonaudiología	Kinesiología	Medicina	Nutrición	Obstetricia	Odontología	Psicología	Veterinaria	TOTAL
Buenos Aires	4.759	3.176	6.017	2.410	2.507	36.931	1.247	1.913	11.559	14.020	7.295	91.834
24 Partidos Bs. As.	2.122	2.053	3.065	1.447	1.587	19.496	784	1.019	5.666	8.663	2.202	48.104
Resto Pcia. Bs.As.	2.637	1.123	2.952	963	920	17.435	463	894	5.893	5.357	5.093	46.174
Catamarca	141	145	86	26	127	669	22	27	228	82	28	1.581
Ciudad de Bs. As.	3.177	1.647	3.395	2.061	2.202	30.696	1.140	969	7.339	19.575	2.029	74.230
Chaco	309	267	305	26	297	1.732	25	38	633	123	361	4.116
Chubut	239	180	182	75	109	959	39	31	337	236	174	2.561
Córdoba	3.144	1.860	3.297	885	3.329	13.532	971	152	3.896	3.819	1.660	36.545
Corrientes	276	229	152	33	456	2.215	19	23	901	139	719	5.162
Entre Ríos	580	526	380	151	329	2.383	70	130	798	416	766	6.529
Formosa	99	314	68	18	109	719	15	63	342	54	126	1.927
Jujuy	225	219	161	58	156	1.145	39	6	468	178	72	2.727
La Pampa	148	54	214	66	121	695	22	35	243	163	485	2.246
La Rioja	141	112	49	29	112	775	45	5	232	58	34	1.592
Mendoza	647	394	1.454	477	201	4.478	367	153	1.382	1.119	268	10.940
Misiones	285	294	316	34	164	1.446	24	23	470	112	166	3.334
Neuquén	199	187	161	76	114	1.308	41	37	436	310	157	3.026
Río Negro	366	156	229	95	132	1.432	39	56	411	408	224	3.548
Salta	429	499	307	85	193	2.159	213	16	753	470	191	5.315
San Juan	298	303	310	99	183	1.551	70	32	410	535	60	3.851
San Luis	404	119	488	150	107	929	37	23	235	373	165	3.030
Santa Cruz	101	126	63	42	90	493	12	18	131	94	77	1.247
Santa Fe	2.495	1.075	2.341	930	630	9.469	143	164	3.115	3.260	1.832	25.454
Santiago del Estero	196	141	188	29	128	1.267	22	41	288	130	89	2.519
Tierra del Fuego	53	38	43	21	40	336	5	13	92	85	25	751
Tucumán	1.063	553	971	48	72	3.757	27	18	1.245	1.172	100	9.026
Total del país	19.774	12.614	21.177	7.924	11.908	121.076	4.654	3.986	35.944	46.931	17.103	303.091

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población. INDEC. 2001.

Fuente: Argentina. Recursos humanos en Salud. Abramzón, Mónica. 2004. (Deis)

En un cuadro detallado a continuación (Abranzón M, 2004) pudo estimar los profesionales activos para el año 2004 como resultado de las tendencias identificadas (3 años con datos desde el 2001) entre los nuevos inscriptos y los egresados, observó que decrece el 39.1% la participación de médicos en el total mientras aumenta los enfermeros y los nutricionistas, kinesiólogos, entre otros.

Tabla Nº 13: Estimación de profesionales de salud activos. 2004.

CUADRO XV

Estimación de profesionales de salud activos. Categorías seleccionadas. 2004

Profesionales	2004	En %
Bioquímica	19.629	6.3
Enfermería	14.474	4.6
Farmacia	19.510	6.2
Fonaudiología	7.809	2.5
Kinesiología	13.055	4.2
Medicina	122.623	39.1
Nutrición*	6.170	2.0
Obstetricia*	4.211	1.3
Odontología	35.592	11.3
Psicología	52.499	16.7
Veterinaria	18.233	5.8
TOTAL	313.805	100.0

* Dado que el INDEC no proporciona información desagregada sobre condición de actividad para estas categorías, han sido estimadas con base en la distribución de edades y las condiciones del mercado ocupacional

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población, INDEC 2001.

Fuente: Argentina. Recursos humanos en Salud. Abramzón, Mónica. 2004. (Deis)

Haciendo el cálculo de cantidad de profesionales vinculados al tratamiento multidisciplinar (Médicos, Nutricionistas, Psicólogos y Kinesiólogos) sobre cantidad de población. Se observó que aún pudiendo hacer una proyección a niveles actuales, todavía no se puede garantizar su accesibilidad en todos sus niveles, por un lado por cantidad insuficiente de profesionales, y por su mala distribución, también por los altos costos fijos a cargo de los profesionales para poder sostener un centro en el cual poder desarrollar el dispositivo de atención multidisciplinar.

En los análisis por jurisdicción, (Abramzón, 2004) da cuenta de la distorsión existente en la distribución geográfica de los profesionales, el 61% se concentran en Ciudad Autónoma de Bs. As. y total de Provincia de Bs. As. La tabla 14 muestra la distribución de

profesionales (vinculados al tratamiento de la obesidad) ajustada sobre población total, observándose que su proporción profesional – habitante, aún habiendo aumentado la cantidad de ingresantes en el año 2004 sobre el 2001, todavía es insuficiente.

Tabla N° 14: Estimación de cantidad de profesionales sobre habitantes, según especialidad sobre datos de tabla 12.

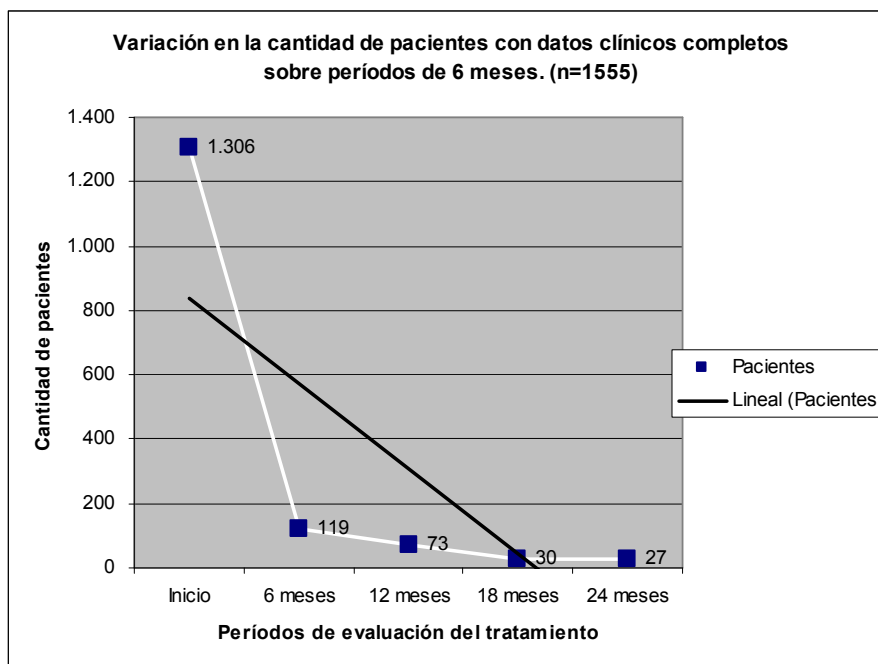
Profesionales	Q	% de profesionales ajustado sobre total (n=313,805)	Profesionales/ Habitantes - Estimación propia en función de los datos del estudio
Kinesiólogos	13.055	4,2%	0,04%
Médicos	122.623	39,1%	0,34%
Nutricionistas	6.170	2,0%	0,02%
Psicólogos	52.499	16,7%	0,14%
	Total habitantes		36260130

Fuente: Elaboración propia a partir de datos. Argentina: recursos humanos en Salud. Abramzón (2004). (Deis)

Quizás una forma de motivar a los profesionales a radicarse en los lugares con menor densidad poblacional, es instalar centros de salud a cargo de los gobiernos provinciales o subsidiar centros de gestión privada que garanticen el acceso al tratamiento a la población con y sin acceso a cobertura de salud. Sobre este último modelo de gestión ya hay algunas experiencias implementadas por ejemplo en la Prov. De Bs. As.

Otras dificultades encontradas en la implementación del PRA, tuvieron que ver con resistencias iniciales por parte de los equipos clínicos a realizar el registro de datos de todas las variables solicitadas para el seguimiento de los pacientes. (Tabla N° 15). El objetivo de la recolección de datos estaba centrado por un lado para corroborar cambios en el estilo de vida de los pacientes y poder corroborar adherencia y su efectividad, pero además usar esos datos como herramienta de motivación para los pacientes, es decir que pudieran acceder y poder corroborar ellos mismos los logros obtenidos a partir del esfuerzo realizado por cada uno de ellos. Sin embargo como se observa en el siguiente gráfico, es muy desalentadora la tarea sobre la recolección de datos, dado su bajo porcentaje a medida que aumenta el tiempo de tratamiento. Las variables por la que sucede esto, son diversas, una el abandono prematuro del paciente al tratamiento, otra, dificultades y resistencias por parte de los equipos clínicos en desarrollar la tarea administrativa para la recolección de datos.

Gráfico N° 9: Variación en la cantidad de pacientes con datos clínicos completos.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados en al base de datos registrados en el PRA.

Tabla Nº 15: Variación en cantidad de pacientes con datos clínicos completos, correspondiente al gráfico Nº anterior.

Variación en cantidad de pacientes con datos clínicos completos (n=1555)		%
Meses	Cantidad de personas	
Inicio	1.306	84%
6 meses	119	8%
12 meses	73	5%
18 meses	30	2%
24 meses	27	2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados en al base de datos registrados en el PRA.

Este escenario es poco alentador para el sistema sanitario que necesita de esta información para planificar, si bien entre los profesionales se fue instalando la importancia sobre la recolección de datos, las dificultades persistieron, probablemente por la falta de hábito sobre evaluación de los procesos de atención.

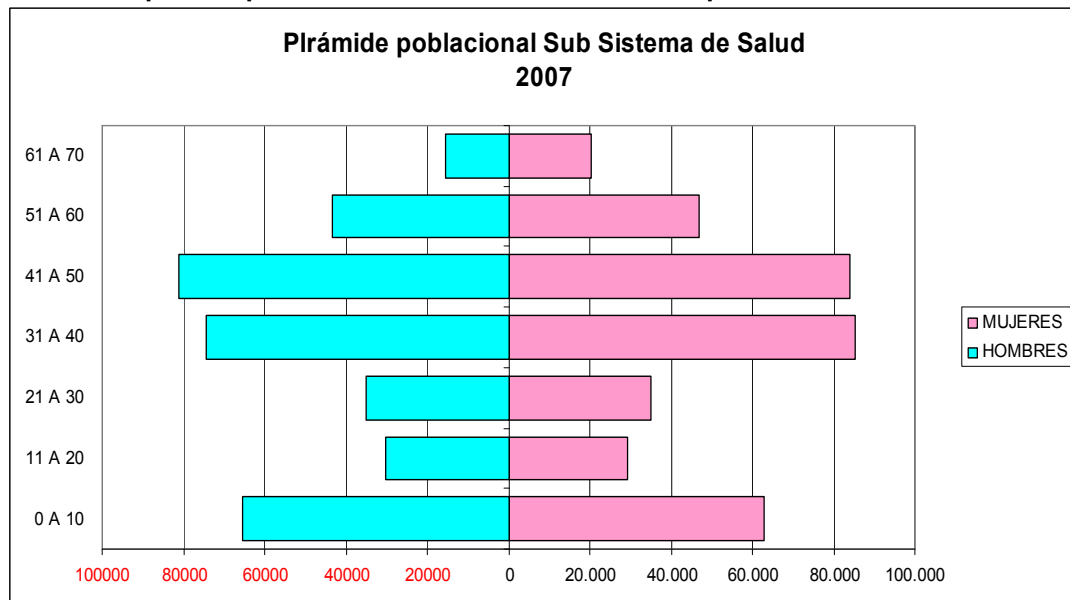
5.3 Descripción breve del subsistema privado de salud en el cual se desarrolló el Programa de Re Educación Alimentaria (PRA) analizado.

El seguro privado de salud en el cual se desarrolló el programa de prevención y tratamiento para pacientes con obesidad, tiene cobertura nacional con una amplia red de

prestadores como así también un amplio nomenclador de prestaciones, actualizado permanentemente a través de la investigación de nuevas evidencias científicas.

Hay varios tipos de afiliados a la empresa de medicina prepaga en la cual se desarrolla el PRA. Se pueden encontrar aquellos que han optado por contratar un seguro privado de salud en forma individual como también quienes, por estar afiliados a una obra social, que estableció un convenio de atención de su cartera con el sub. sistema privado, pasan a depender del mismo. También están aquellos empresarios que contratan un seguro privado de salud, para sus empleados independientemente de la obra social que posean éstos. En el gráfico N° 10 se puede observar la conformación de la población.

Gráfico N° 10: pirámide poblacional del sus sistema de salud en el que se desarrollo el PRA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del seguro en el cual se desarrolló el PRA.

❖ Distribución geográfica de asociados.

La distribución geográfica de los asociados a la medicina privada es de norte a sur y de este a oeste de la Argentina. Aún en zonas de difícil acceso ubicadas en la Patagonia como Minas o lugares donde hay extracción petrolera, entre otras.

❖ Información sanitaria (morbilidad y mortalidad)

Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

Respecto a morbilidad, esta información se obtiene del análisis de consumos o del alta de tratamientos asociados a resoluciones vigentes como por ejemplo Res.310, cobertura para diabetes, entre otros. Desde que se implementaron los Programas Médicos para pacientes crónicos (insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes tipo 2) como así también programas para personas en riesgo como tabaquistas, mujeres embarazadas y personas con obesidad, también se comenzó a detectar población en situación de cronicidad o en riesgo de contraer enfermedades. La codificación se realizó según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, (CIE-9).

Desde el año 2005 se ha desarrollado un proyecto por el cual se comenzó a solicitar a los prestadores de la red que validan sus prestaciones por el sistema de conectividad (Sistema online de autorización y facturación de prestaciones), que por cada validación de código de consulta médica, cargue el código de diagnóstico del CIE9. De esta manera poder saber el estado de salud – enfermedad de la población. En relación a la tasa de mortalidad, se realizaba a través de relevamiento de auditoria.

Si bien se cuenta a través del programa para prevención y tratamiento para personas con obesidad, con la información de quienes tienen obesidad o sobrepesos, esto es sólo de aquellos que consultaron o ingresaron al PRA, a continuación se muestran tablas y gráficos que muestran a modo descriptivo datos epidemiológicos de la población que ingresó al programa.

5.4 Análisis perfil epidemiológico de la población que ingresa la Programa de Re Educación Alimentaria (PRA).

Para este primer análisis de perfil epidemiológico de la población que participó del PRA, se hizo un recorte de la población desde el momento de su lanzamiento, abril del 2007 hasta el 31 de diciembre del año 2009. Además se descartaron aquellos casos en que los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por cirugía bariátrica. Es dable aclarar que son todos pacientes que comenzaron con el proceso de admisión y que no necesariamente comenzaron con el PRA. Es decir abandonaron luego de la primera consulta.

A continuación en la Tabla 16, junto a un gráfico que describe el porcentaje de pacientes ingresados al PRA detallado por sexo.

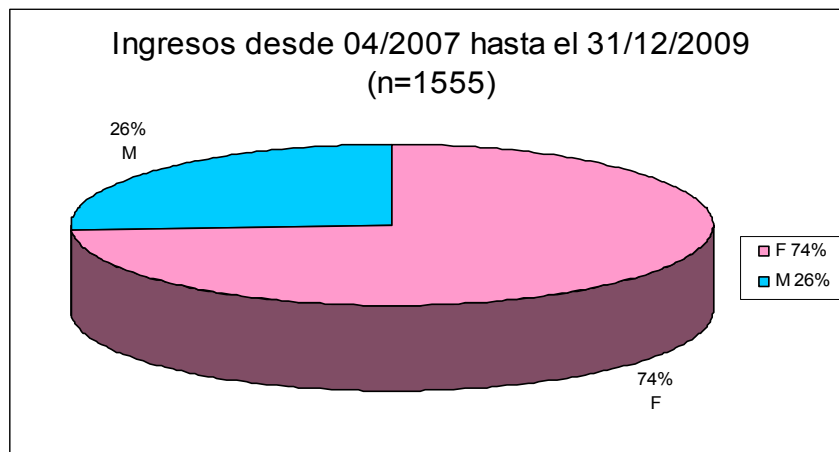
Tabla N° 16: Ingresos al PRA desde 04/2007 hasta el 31/12/2009 (n=1555), por sexo.

Ingresos desde 04/2007 hasta el 31/12/2009 (n=1555)	%
F	74%
M	26%

Fuente: Elaboración propia formulada a partir de los datos analizados de la base de datos de PRA.

Se puede observar una marcada diferencia en la población que consultó al PRA observándose un predominio del 74 % de mujeres sobre el 26 % de hombres.

Gráfico N° 11: Ingresos al PRA desde 04/2007 hasta el 31/12/2009 (n=1555), por sexo



Fuente: Elaboración propia formulada a partir de los datos analizados de la base de datos de PRA.

Tabla N° 17: Detalla los ingresos clasificados según el IMC, y sexo. También calculando el porcentaje de la población total por IMC.

TABLA IMC. Ingresos hasta 31/12/2009		Cantidad de Personas X Sexo	Cantidad de Personas x IMC	% Según IMC y Sexo	% Sobre Población Total por IMC
25-26,9	Sobrepeso grado I	82	85	96%	5%
		3		4%	
27-29,9	Sobrepeso grado II (pre obesidad)	227	260	87%	17%
		33		13%	
30-34,9	Obesidad de tipo I	357	496	72%	32%
		139		28%	
35-39,9	Obesidad de tipo II	264	370	71%	24%
		106		29%	
40-49,9	Obesidad de tipo III (conlleva riesgos para la salud *)	210	332	63%	21%
		122		37%	
Sin dato + IMC < 25		7	12	58%	1%
		5		42%	
n=		1.555			

Fuente: Elaboración propia con datos recolectados a través de la historia clínica.

Tabla N° 18: Porcentajes de ingresos al PRA por rango de edad y sexo.

Tabla consolidada. % Ingresos por Edad y Sexo (n=1555). Ingresos hasta 31/12/2009			
Rango	Edad	F	M
18 a 24	2,0%	2,6%	3,7%
25 a 34	15,0%	18,3%	17,6%
35 a 49	20,0%	37,1%	45,3%
50 a 64	25,0%	34,4%	26,5%
65 o más	5,0%	7,5%	6,6%

Fuente: Elaboración propia con datos recolectados a través de la historia clínica.

Se observan los mayores porcentajes por rango etáreo en la población que tiene entre 50 a 64 años en un 25 % y con un 20 % en la población comprendida entre los 35 a 49 años.

El mayor porcentaje de los pacientes que ingresaban al programa tenía un IMC entre 30

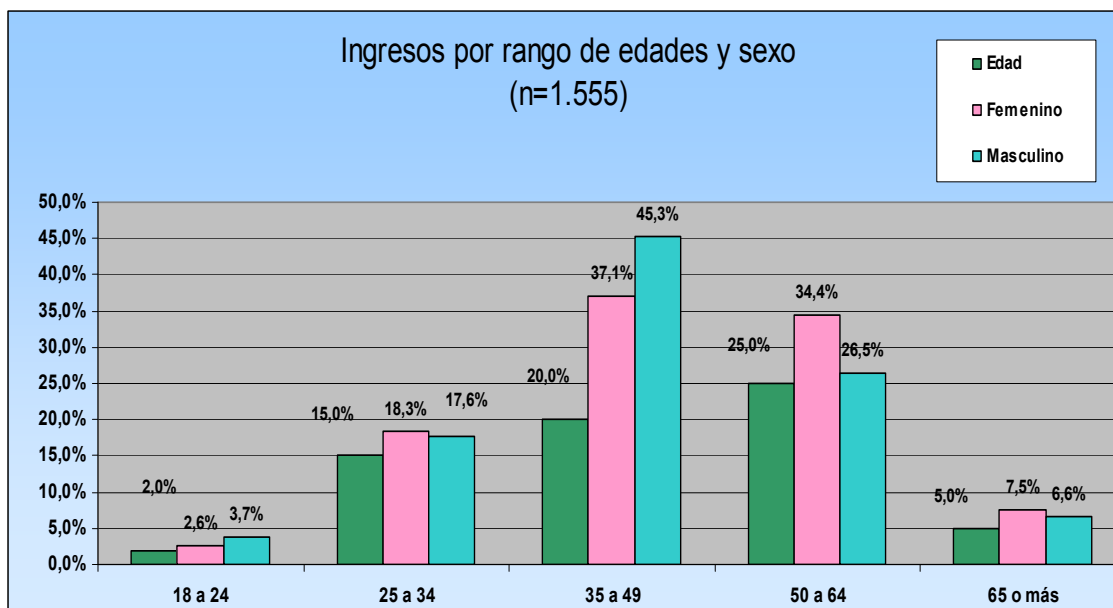
y 49.9 representado el 77% del total. En la tabla N° 18 se observó que quienes más consultaron para incluirse al programa, (habiendo realizado la entrevista de admisión), fueron aquellos que tenían entre 50 a 64 años de edad, en un 25 %, y en su mayoría (el 34. 4%) fueron mujeres. Destacándose que solo a hubo mayoría de hombres, (45.3%) en el segundo mayor porcentaje de ingresantes (20%), entre las edades de 35 a 49 años. Se pudieron observar que este mayor porcentaje de consultas entre el rango etáreo de 35 a 64 años que consultó, coincidió con los datos de la tabla N° 19, publicados en un estudio realizado en la Argentina (MS de Sereday et. Al, 2004). En el se midió, entre otros, que se dan un aumento de factores de riesgo (obesidad 34%, hipertensión 49,2%, híper dislipidemia 43,3% y diabetes 12,2%) entre los 50 y los 59 años. Se podría inferir que el aumento de las consultas en ese período, pueda obedecer a que comiencen a ser visibles ciertos síntomas que hacen al paciente confrontarse con un problema de salud y esto genere alarma en el.

Tabla N° 19: Prevalencia cruda de obesidad, hipertensión, híper dislipidemia y diabetes acorde a la década de edad combinada con los cuatro estados

Prevalencia cruda de obesidad, hipertensión, híper dislipidemia y diabetes acorde a la década de edad combinada con los cuatro factores de riesgo.							
	Edad (Años)						General
	n	20 -29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60	
Obesidad	2397	9.8	18.5	28.9	34.9	37.8	25.9
Hipertensión	2397	9.8	13.6	43.0	49.2	75.5	36.0
Hiperlipidemias	2397	12.7	23.0	31.2	43.3	42.9	30.6
Diabetes	1794	0.3	2.0	6.1	12.2	15.1	6.9

Fuente: Traducción. Sereday, MS et. Al, Prevalencia de diabetes, obesidad, hipertensión e híper dislipidemia en la región central de la Argentina. Pág. 338. Diabetes Metab 2004, 30,335-9.

Gráfico N° 12: Porcentajes de ingresos al PRA por rango de edad y sexo



Fuente: Elaboración propia con datos recolectados a través de la historia clínica.

La Tabla N° 20 y gráfico a continuación muestra la distribución según sexo, de la circunferencia de cintura (CC) de la población al momento de ingreso al programa médico. Teniendo en cuenta los valores tomados al inicio del programa medidos en centímetros, y considerando a la CC como predictor de riesgo cardiovascular a partir de los parámetros obtenidos de la NHANES III Encuesta Americana y las Encuestas Canadienses sobre la Salud del Corazón.

Tabla N° 3: Valores de Circunferencia de cintura definidos como un predictor de mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, según sexo.

Valores de CC definidos como un predictor de mayor riesgo de enfermedad cardiovascular	
MUJER	>= 88 CM
HOMBRE	> =102 CM

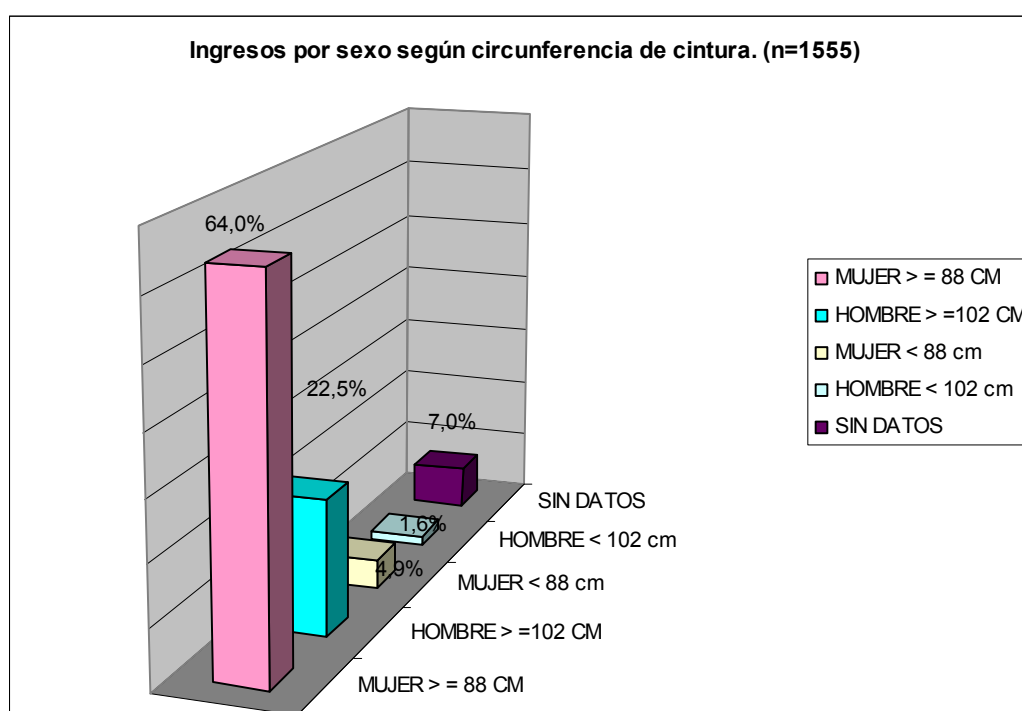
Fuente: Publicada NHANES III Encuesta Americana y las Encuestas Canadienses sobre la Salud del Corazón

Tabla N° 20: Ingresos según CC (circunferencia de cintura) según sexo

Ingresos según CC (circunferencia de cintura) según sexo hasta 31/12/2009 (n=1555)			
VALORES GENERALES		Cant. Pacientes	%
MUJER	>= 88 cm	995	64,0%
HOMBRE	> =102 cm	350	22,5%
MUJER	< 88 cm	76	4,9%
HOMBRE	< 102 cm	25	1,6%
sin datos		109	7,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados al ingreso al programa médico.

Gráfico N° 13: Ingresos por sexo y circunferencia de cintura.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados al ingreso al programa médico.

Luego del análisis de los datos se puede observar un mayor porcentaje en mujeres con una CC > = a 88 cm. representa un 64% y un 22.5% de hombres con CC < ó = a 120 cm.

5.4.1 **Estimación de prevalencia para sobrepeso, obesidad y obesidad severa en el seguro.**

Para poder estimar la tasa para sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida según la definición de IMC de la (OMS) de toda la población del seguro privado, y poder estimar cuántos eligen entrar de un total de posibles ingresantes, es que se consideró tomar las tasas publicadas en la EFR (Ministerio de Salud de la Nación Arg, 2005), haciendo una extrapolación.

Se realizó tomando los indicadores en la Encuesta de Factores de Riesgo (MSAL, 2005) tomando sólo las variables sexo y edad. La tasa para inferir obesidad severa fue tomada de Rev Argent Salud Pública, 2010; 1(5):6-12.

Tabla N° 21: Distribución poblacional según clasificación de peso corporal de la OMS*. Total país EFR (MAL, 2005)

Género	Bajo Peso (IMC<18,5)	Normal (18,5≤IMC<25)	Sobrepeso (25.IMC<30)	Obesidad (Clases)				Población Total
				Obesidad Clase 1 (30.IMC<35)	Obesidad Clase 2 (35.IMC<40)	Obesidad Clase 3 (IMC≥40)	Total Obesidad (IMC≥30)	
Total (% s/total población)	2,9	47,5	34,8	11,3	2,7	0,8	14,8	100,0
Mujeres (% sobre la tasa anterior)	82,4	58,2	40,3	45,1	57,3	65,9	48,4	51,2
Hombres	17,6	41,8	59,7	54,9	42,7	34,1	51,6	48,8
Suma (Bajo+Normal+Sobrepeso+Obesidad Total)								
Mujeres %+Hombres %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aclaración: El 82,4 es el % de cantidad de mujeres de bajo peso, sobre el 2,9% de la población total								
Grupos Etarios	Bajo Peso (IMC<18,5)	Normal (18,5≤IMC<25)	Sobrepeso (25.IMC<30)	Obesidad (Clases)				Población Total
				Obesidad Clase 1 (30.IMC<35)	Obesidad Clase 2 (35.IMC<40)	Obesidad Clase 3 (IMC≥40)	Total Obesidad (IMC≥30)	
18 a 24 años	41,9	26,6	9,2	4,3	6,2	4,2	4,6	17,9
25 a 34	26,1	23,5	18,6	15,9	10,9	10,0	14,7	20,5
35 a 49	16,7	24,6	28,2	30,0	32,9	31,7	30,6	26,4
50 a 64	8,9	14,6	25,5	31,8	33,5	43,2	32,8	20,9
65 años o más	6,4	10,7	18,5	18,0	16,5	10,9	17,3	14,3
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabla 22: Estimación de cantidad de personas con obesidad para el seguro de salud según EFR (MSAL, 2005)

Género	Bajo Peso (IMC<18,5)	Normal (18,5≤IMC<25)	Sobrepeso (25.IMC<30)	Obesidad (Clases)				Población Total
				Obesidad Clase 1 (30.IMC<35)	Obesidad Clase 2 (35.IMC<40)	Obesidad Clase 3 (IMC≥40)	Total Obesidad (IMC≥30)	
Total	15.097	247.273	181.160	58.825	14.055	4.165	77.045	520.574
Mujeres	12.440	143.913	73.007	26.530	8.054	2.744	37.328	
Hombres	2.657	103.360	108.152	32.295	6.002	1.420	39.717	
Prueba cero	0	0	0	0	0	0	0	14,80%
Grupos Etarios	Bajo Peso (IMC<18,5)	Normal (18,5≤IMC<25)	Sobrepeso (25.IMC<30)	Obesidad (Clases)				Población Total
				Obesidad Clase 1 (30.IMC<35)	Obesidad Clase 2 (35.IMC<40)	Obesidad Clase 3 (IMC≥40)	Total Obesidad (IMC≥30)	
18 a 24 años	6.325	65.775	16.667	2.529	871	175	3.576	
25 a 34	3.940	58.109	33.696	9.353	1.532	416	11.302	
35 a 49	2.521	60.829	51.087	17.647	4.624	1.320	23.592	
50 a 64	1.344	36.102	46.196	18.706	4.709	1.799	25.214	
65 años o más	966	26.458	33.515	10.588	2.319	454	13.362	
	15.097	247.273	181.160	58.825	14.055	4.165	77.045	520.574

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EFR, 2005 y los datos de la población que participó del PRA, para inferir la población con sobrepeso, obesidad y obesidad severa para el seguro médico.

Para poder calcular la proporción de cuántos eligieron ingresar al programa sobre un total de posibles ingresantes al programa médico. Primero se calculó la población con sobrepeso y obesidad en la población del seguro de salud considerando las variables edad, sexo e Imc.

Tabla N° 23: Estimación de población con sobrepeso y obesidad en seguro médico según (EFR, 2005)

ESTIMACION DE POBLACION CON SP Y OBESIDAD EN SEG MED SEGÚN (EFR, 2005)					
Género	Sobrepeso ($\geq 25. \text{IMC} < 30$)	Obesidad Clase 1 ($30. \text{IMC} < 35$)	Obesidad Clase 2 ($35. \text{IMC} < 40$)	Obesidad Clase 3 ($\text{IMC} \geq 40$)	Total Obesidad ($\text{IMC} \geq 30$)
Mujeres	73.007	26.530	8.054	2.744	37.328
Hombres	108.152	32.295	6.002	1.420	39.717
Grupos Etáreos					
18 a 24 años	16.667	2.529	871	175	3.576
25 a 34	33.696	9.353	1.532	416	11.302
35 a 49	51.087	17.647	4.624	1.320	23.592
50 a 64	46.196	18.706	4.709	1.799	25.214
65 años o más	33.515	10.588	2.319	454	13.362

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 24: Descripción de cantidad de personas que ingresaron al PRA con la mismas variables sexo, edad e Imc.

INGRESOS A PRA SEGÚN SEXO Y RANGO ETAREO						
IMC		Sobrepeso ($\geq 25. \text{IMC} < 30$)	Obesidad Clase 1 ($30. \text{IMC} < 35$)	Obesidad Clase 2 ($35. \text{IMC} < 40$)	Obesidad Clase 3 ($\text{IMC} \geq 40$)	Total Obesidad ($\text{IMC} \geq 30$)
Género	Mujeres	309	357	264	210	831
	Hombres	36	139	106	122	367
Grupos Etáreos	18 a 24 años	14	13	12	5	30
	25 a 34	73	81	71	57	209
	35 a 49	138	181	137	148	466
	50 a 64	97	179	123	103	405
	65 años o más	25	42	27	17	86

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de ingresar los pacientes al PRA.

A continuación la tabla N° 25 realizada tuvo por objetivo estimar cuántos eligieron entrar al programa médico sobre un total de población estimada, que podrían tener sobrepeso

u obesidad en el seguro privado.

Tabla N° 25: Estimación en % de ingresos de pacientes al PRA sobre la estimación de población del seguro médico que podría tener sobrepeso u obesidad.

Estimación en % de ingresos de pacientes al PRA sobre la estimación de población del seguro médico que podría tener sobrepeso u obesidad		Sobrepeso (≥ 25 .IMC<30)	Total Obesidad (IMC ≥ 30)
Género	Mujeres	0,42%	2,23%
	Hombres	0,03%	0,92%
Grupos Etáreos	18 a 24 años	0,08%	0,84%
	25 a 34	0,22%	1,85%
	35 a 49	0,27%	1,98%
	50 a 64	0,21%	1,61%
	65 años o más	0,07%	0,64%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de ingresar los pacientes al PRA.

De considerar viable la estimación realizada sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población del seguro médico, se pudo observar un bajo porcentaje de quienes demandaron ingresar al PRA. Aunque habría que agregar al análisis (para el periodo en estudio) las consultas recibidas al correo electrónico fueron de 1356 más los llamados recibidos a la línea 0810 estimados en 1500. En estas formas de accesibilidad al PRA no se registraron las derivaciones a profesionales para realizar tratamiento convencional, que se efectuaron cuando no había un equipo interdisciplinario en la zona en la que residía la persona que consultaba.

5.5 Análisis de indicadores de proceso, implicados en el desarrollo del programa médico

A continuación se realizó una descripción de algunos indicadores de la población al momento de ingresar al programa médico. Aquellos que se describieron como "sin dato" esta definido como falta de registro en la base electrónica, se encontraba la celda vacía. En esta muestra de 1555 pacientes solo se incluyeron aquellos que por lo menos consultaron mínimo un mes de tratamiento y que todos los datos estuvieran completos al inicio del tratamiento.

Tabla N° 26: Porcentajes de tensión arterial elevada sobre población en estudio.

TOTAL DE PACIENTES	TA ELEVADA (cifras sistólicas > =140 mmHg y/o cifras de tensión diastólicas > 90 mmHg. SI/NO MEDICIÓN MEDIA AL INGRESO)		
	SI	NO	SIN DATO
1555	371	1016	168
	24%	65%	11%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de ingresar los pacientes al PRA.

Tabla N° 27: Porcentajes de pacientes con dislipidemia sobre población en estudio.

TOTAL DE PACIENTES	DISLIPIDEMIA (Colesterol Total ELEVADO > ó igual 240 mg/dL)		
	SI	NO	SIN DATO
1555	561	470	524
	36%	30%	34%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de ingresar los pacientes al PRA.

Tabla N° 28: Porcentajes de pacientes con diabetes sobre población en estudio.

TOTAL DE PACIENTES	¿CUMPLE CRITERIO DE DIABETES?		
	SI	NO	SIN DATO
1555	247	1043	265
	16%	67%	17%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de ingresar los pacientes al PRA.

Tabla N° 29: Porcentajes de pacientes que realizaban la actividad grupal sobre población en estudio.

TOTAL DE PACIENTES	ACTIVIDAD GRUPAL INICIO (n=1555)		
	SI	NO	SIN DATO
1555	1061	263	231
	68%	17%	15%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de ingresar los pacientes al PRA

Tabla N° 30: Porcentajes de pacientes tabaquistas sobre población en estudio.

TOTAL DE PACIENTES	TABAQUISMO INICIO (n=1555)			% SEGÚN ESCALA SOBRE (n=203)			
	SI	NO	SIN DATO	<10 CIGARRILLOS DIARIOS	ENTRE 10 A 20 CIGARRILLOS DIARIOS	> A 20 CIGARRILLOS DIARIOS	SIN DATO
1555	203	1190	162	107	44	28	24
	13%	77%	10%	53%	22%	14%	12%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de ingresar los pacientes al PRA.

Tabla N° 31: Porcentajes de pacientes que realizaban actividad física sobre población en estudio.

TOTAL DE PACIENTES	ACTIVIDAD FISICA REGULAR INICIO (n=1555)			% SEGÚN ESCALA SOBRE (n=717)		
	SI	NO	SIN DATO	< 3 HORAS SEMANALES	3- 5 HORAS SEMANALES	> 5 HS. SEMANALES
1555	717 46%	619 40%	219 14%	576 80%	109 15%	32 4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de ingresar los pacientes al PRA.

Se observó que el 24 % de los pacientes tenían tensión arterial elevada. Contaban con dislipidemia el 36%, cumplían criterios de diabetes el 16 % de la población que consultó. Solo el 66%, concurría al inicio del tratamiento, a los grupos cognitivo conductual. Fumaban el 13 % de los pacientes. Además solo realizaban actividad física el 46% de los cuales el 80% realizaba menos de 3 horas semanales; el 15 % entre 3 y 5 horas semanales, solo el 2% más de 5 horas semanales.

Un dato destacable, brindado por los profesionales a cargo del tratamiento, fue la detección de hipertensión y diabetes, conseguidos a partir de su diagnóstico al momento de ingresar el paciente al programa médico. Este es otro aspecto positivo de un programa, la detección precoz, pues se pueden prever intervenciones tempranas evitando mayores riesgos en esta población.

5.6 Resultados preliminares del programa médico desde una perspectiva de su efectividad.

Respecto a su efectividad, (capacidad de lograr un efecto deseado), un dato que preocupa al momento de invertir en programas de prevención a nivel primario y secundario, es el nivel de adherencia que se podrá lograr para conseguir los resultados deseados. También el porcentaje de bajas al subsistema. A partir de los datos registrados en la base de datos, se pudo estimar la "tasa de abandono", como aquellos pacientes que dejaron de participar en el dispositivo y de los cuales no se encontraron consumos y tampoco se recibieron datos iniciales del tratamiento. Se consideró "en tratamiento" a aquellos pacientes que con datos clínicos completos al momento del análisis no se había recibido la información por parte de los equipos clínicos de que hubieren abandonado el tratamiento. El criterio "Cumplió tratamiento" a aquellos pacientes con datos clínicos completos con distintos tiempos de permanencia y cuyos equipos a cargo denunciaron el alta médica.

A continuación un mapa descriptivo sobre la situación al momento de realizar el análisis de la muestra.

¹⁰ **Tabla N° 32: Porcentajes sobre adherencia al dispositivo multidisciplinar.**

Ingresos desde Abril del 2007 hasta el 31/12/2009 (n=1555)		%
Cumplió tratamiento	249	16%
En tratamiento al momento del corte muestral	118	8%
Abandono	1188	76%
1555		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados al momento de realizar el análisis.

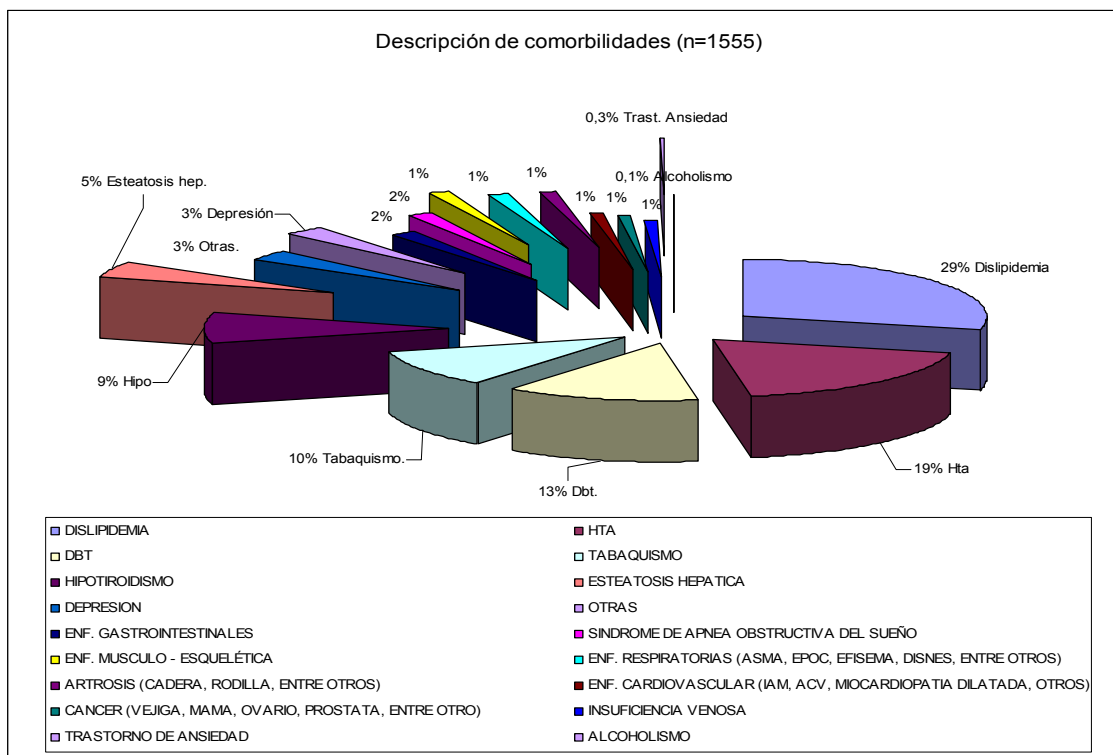
Si bien la tasa de abandono o cumplimiento de tratamiento en otros trabajos son similares (Brosens, 2009) a las resultantes de este análisis, cabe hipotetizar sobre algunos de los motivos que provocarían el abandono precoz detectado al poco tiempo del ingreso al programa médico y podría ser el subregistro de co morbilidades psiquiátricas como por ejemplo depresión, trastornos de ansiedad, entre otras descritas en la página 85 del presente trabajo.

En la evaluación inicial de un paciente que consulta para iniciar un programa de descenso de peso, debe evaluarse si este está en condiciones de lograr cambios en su estilo de vida, especialmente cuando su condición clínica es de larga data. Revertir un proceso que se ha perpetuado a lo largo de su vida es muy difícil, y requiere de tiempo y esfuerzo tanto del paciente como de los profesionales. Es fundamental realizar una buena selección del paciente, analizando su verdadera motivación para cambiar su situación vital, corroborando que pueda reconocer que tiene un problema de salud y que desea revertirlo. Solo así se lo podrá ayudar a crear conciencia de auto cuidado. La inadecuada selección genera fracasos y abandonos prematuros del tratamiento con la consiguiente frustración, tanto del equipo multidisciplinario como del paciente.

A continuación un gráfico con el relevamiento de co morbilidades registradas por los equipos clínicos.

Gráfico N° 14: Porcentajes de co morbilidades registradas en las bases de datos.

¹⁰ De incluir en la muestra a aquellas personas que llegaron a cirugía bariátrica ambos porcentajes 16% y 8 %, podrían ser mayores



Fuente: Elaboración propia a partir del relevamiento de información brindada por los equipos clínicos.

Se puede observar que se detectó solo un 3% de depresión y un 0.3% de trastorno de ansiedad, muy por debajo de los publicados en otros trabajos. (Ref. Pág. 27/28/29).

Luego del primer análisis de los primeros registros (n=1555), se cambió el sistema de admisión, actualizando la norma, describiendo explícitamente las exclusiones y creando cobertura para poder cubrir esa instancia de evaluación. Por lo tanto el primer contacto sería con un psicólogo que podría realizar hasta tres entrevistas de admisión y poder definir su agrupabilidad corroborando que estuviera en condiciones de realizar el tratamiento. Fundamentalmente se estimaba que quienes sostuvieran estas entrevistas pudieran aceptar que tenían un problema de salud y así poder ayudarlos a romper con el ideal de ir en busca de una "Dieta" salvadora.

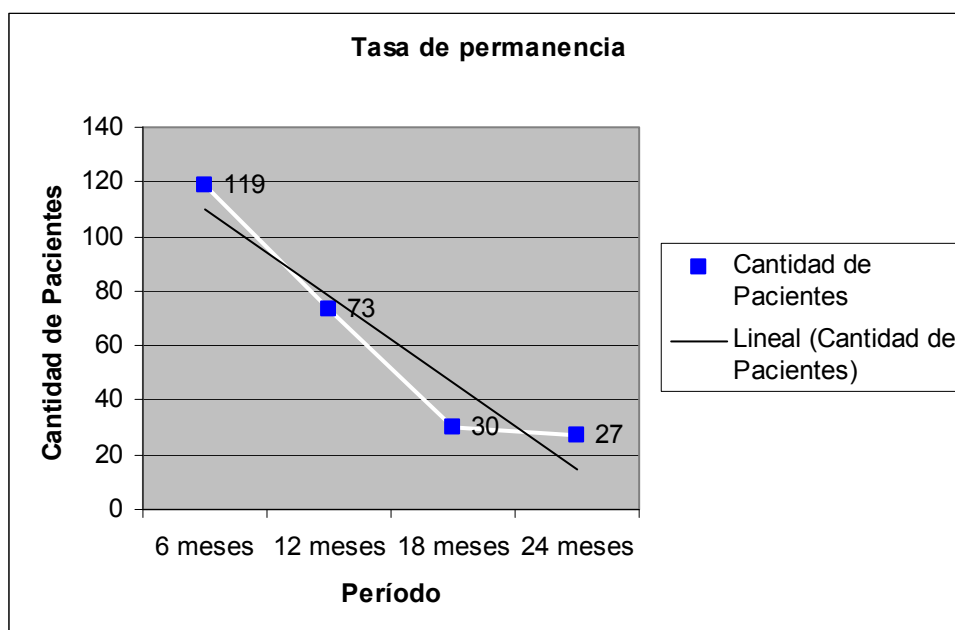
En general éstos pacientes refieren que ya han "fracasado" en otros intentos, y a pesar de ello al momento de querer re ingresar nuevamente al programa, no estaban en condiciones de aceptar que la solución no consistiría en repetir un tratamiento de las mismas características que el anterior. El objetivo tendría que ver con proponerles cambiar su posición en relación a su situación de vida y que para ello debían por comenzar a realizar un proceso de introspección. Respecto al concepto "fracaso" habría que reformularlo, pues genera frustración y

desmotivación en los pacientes. Otra forma posible sería plantearlo como “dificultades en la adherencia” esta tiene una connotación diferente que permitiría un posicionamiento distinto en el sujeto.

5.6.1 **Tasa de Permanencia en el tratamiento.**

Se ha observado que la **tasa de permanencia en el tratamiento** fue del 16 % (249 pacientes) con distintos tiempos de tratamiento. A continuación un gráfico que lo ilustra.

Gráfico N° 15: Tasa de permanencia en el tratamiento



Fuente: Elaboración propia.

Una herramienta que podría promover motivación y asunción de responsabilidad a los pacientes para con el tratamiento, podría ser hacerles firmar un contrato, consentimiento informado, este quizás podría genera empatía con su problema y así lograr mover voluntades.

En el análisis de estudios sobre trabajos publicados que refieren a las barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad, anteriormente citado (Brosens, 2008), según distintos estudios, la recuperación del peso perdido a largo plazo, se asocia frecuentemente con la falta de adherencia a las recomendaciones de cambios en el estilo de vida, con tasas de abandono que rondan del 10 al 80%. La autora del análisis concluye que más de la mitad de los abandonos están en íntima relación con problemas de tiempo (problemas familiares, trabajo

full time), otras de accesibilidad a los tratamientos, por lo que recomienda para reducir la tasa de abandono que los médicos puedan evaluar con mayor atención la existencia de estas barreras prácticas y psicológicas, y pudieran resolver estos problemas junto con la participación activa de los pacientes.

En una investigación futura podrá corroborarse si el cambio en el proceso de definición de selección de paciente (admisión realizada por una psicóloga, incorporación de encuesta de calidad de vida), aplicado en el programa en estudio, redundará en mejores resultados o no.

5.6.2 Análisis de algunos resultados preliminares del programa médico

A continuación, se detallan los resultados en forma consolidada, obtenidos en una población que sostuvo el tratamiento a lo largo de diferentes periodos de tratamiento (n=249) sobre un (n=1555), representando el 16% y de los cuales se obtuvieron todos los datos completos en la planilla de registro, al inicio del tratamiento y al final. Los 249 pacientes fueron relevados de distintos centro ubicados en distintas ciudades ubicadas a nivel nacional, de ambos sexos y de edades entre los 19 y 79 años.

Tabla Nº 33: Calculo promedio de las variables de seguimiento, al concluir cada periodo de tratamiento según muestra.

Variables	(n=119)		(n= 73)		(n= 30)		(n=27)	
	Al ingreso	6 meses	Al ingreso	12 meses	Al ingreso	18 meses	Al ingreso	24 meses
Rango de edades	19 a 70 años		26 a 71 años		27 a 77 años		20 a 79 años	
Edad promedio (años)	47		49		46		52	
Peso (Kg.)	98,7	92	97,7	87	93,5	80	99,1	81
IMC (Kg/m2)	36,0	33,5	35,3	31,7	34,3	29,5	36,6	29,9
Circunferencia cintura (cm)	113	107	114	102	110	97	113	96
Presión sistólica (mm Hg)	163	133	123	119	129	122	136	125
Presión diastólica (mm Hg)	98	93	100	81	80	75	85	72
Glucemia en ayuno (mg/dL)	103	97	103	99	96	94	102	91
Colesterol total (mg/dL)	208	198	202	199	205	200	200	186
Colesterol LDL (mg/dL)	131	124	126	125	126	124	128	115
Colesterol HDL (mg/dL)	51	49	52	51	55	57	52	54
Triglicéridos (mg/dL)	144	131	125	117	124	98	134	90
Porcentaje de personas que realizaban Actividad Física	41%	82%	71%	97%	53%	97%	63%	96%
Porcentaje de personas que realizaban Actividad grupal	87%	92%	89%	90%	97%	97%	93%	96%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en el seguimiento de pacientes.

Se observa que aquellos pacientes que aceptaron y permanecieron por más tiempo en el programa, obtuvieron más beneficios, tanto primarios (disminución de peso, IMC) como secundarios (disminución de tensión arterial, lípidos y glucemia), así como un fuerte incremento en la realización de actividad física

En otra tabla a continuación se detallan el análisis de algunos de los objetivos principales del PRA. Fueron evaluados sobre la población que participó de cada período de tratamiento y que se contó con todos los datos clínicos completos. Los objetivos elegidos fueron: porcentaje de pacientes con disminución del índice de masa corporal a menos de 30. Total de pacientes que disminuyeron su circunferencia de cintura a < de 88 cm en el caso de mujeres y < de 102 cm. en hombres. Porcentaje de pacientes que disminuyeron su peso corporal > e = a 10 %. Su porcentaje promedio y máximo para cada período. Por último el porcentaje de pacientes que bajaron el consumo de medicamentos.

Tabla N° 34: Calculo de porcentajes de algunos objetivos del programa médico.

Algunos objetivos del programa	6 meses (n= 119)		12 meses (n= 73)		18 meses (n=30)		24 meses (n=27)	
	Cumplieron con objetivo		Cumplieron con objetivo		Cumplieron con objetivo		Cumplieron con objetivo	
% de pacientes con disminución del IMC < 30	46%		49%		81%		48%	
Total de pacientes con disminución de cintura: Femenino <88 y Masculino < 102 sobre inicio superior	15%		19%		27%		22%	
% de pacientes con disminución de peso corporal > e = a 10 %	27%		51%		77%		89%	
% Disminución peso corporal	% promedio de disminución de peso	17%	% promedio de disminución de peso	17%	% promedio de disminución de peso	17%	% promedio de disminución de peso	21%
	% Máximo	31%	% Máximo	35%	% Máximo	29%	% Máximo	34%
% de pacientes que bajaron consumo de medicamentos	HTA	2,4%	HTA	11%	HTA	10%	HTA	22%
	DBT	3,2%	DBT	9%	DBT	0%	DBT	11%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados durante el período de tratamiento.

En el análisis se halló que quienes consiguieron perder un 10 % de su peso corporal o más, un 89 % de los pacientes, fueron aquellos que permanecieron 24 meses de tratamiento, y con un promedio de disminución de peso del 21 % y con un porcentaje máximo de pérdida de peso del 34 %. Asimismo el segundo mayor porcentaje, el 77 % de pacientes, lo lograron

con un tratamiento de 18 meses, con una disminución de peso promedio del 17% y un porcentaje máximo del 29%. Nuevamente podemos observar que quienes permanecieron más tiempo en el programa obtuvieron mejores resultados.

La población que se analizó (n=249) representa un 16 % del total de la muestra. Los resultados obtenidos pueden ser útiles para pensar diferentes estrategias. Planteando un desafío en todos los niveles de gestión, para trabajar en mejorar las estrategias para garantizar accesibilidad al dispositivo multidisciplinario a aquella población que lo necesite, lo que permitirá mejorar la tasa de adherencia y permanencia en los programas de prevención primaria y secundaria.

Siguiendo con el análisis, se corroboró si se disminuía la toma de medicamentos para hipertensión arterial en aquellos que lograban descenso de peso corporal y reducción de circunferencia de cintura, a continuación una tabla en la cual se muestra el resultado de la investigación:

Tabla Nº 35: Corroborar si cumple el criterio de disminución de medicamento para hipertensión cuando disminuye su circunferencia de cintura y su peso corporal.

(n=119)		6 meses de tratamiento
Se cumple criterio "<medicamento HTA" y "<peso" y "<cintura"		
Femenino	Masculino	
0	1	
(n= 73)		12 meses de tratamiento
Se cumple criterio? "<medicamento HTA" y "<peso" y "<cintura"		
Femenino	Masculino	
0	1	
(n=30)		18 meses de tratamiento
Se cumple criterio? "<medicamento HTA" y "<peso" y "<cintura"		
Femenino	Masculino	
1	0	
(N=27)		24 meses de tratamiento
Se cumple criterio? "<medicamento HTA" y "<peso" y "<cintura"		
Femenino	Masculino	
1	1	

Fuente: Elaboración propia. Según registros en bases de datos.

Solo 5 pacientes sobre 249 pudieron cumplir con el criterio disminución de medicamentos para hipertensión en aquellos que disminuyeron su circunferencia de cintura y su

peso corporal.

Otro aspecto a tener en cuenta para mejorar las estrategias y poder lograr mayor adherencia y mejores resultados, se podrán observar en la tabla a continuación, se analizó la disminución del consumo de medicamentos para hipertensión y diabetes, si bien no es significativo la cantidad de medicamentos disminuidos, si se puede corroborar que para aquellas personas que pudieron cambiar sus estilos de vida, pudieron disminuir su consumo.

Tabla N° 36: Evaluación disminución consumo de medicamentos para HTA y DBT.

Evaluación disminución consumo de medicamentos para HTA y DBT				%	
Inicio		6 meses		6 meses	
N° de Medicamentos al inicio		N° de Medicamentos disminuidos		% de disminución	
HTA	DIABETES	HTA	DIABETES	HTA	DIABETES
61	35	3	3	5%	9%
Inicio		12 meses		12 meses	
N° de Medicamentos al inicio		N° de Medicamentos disminuidos		% de disminución	
HTA	DIABETES	HTA	DIABETES	HTA	DIABETES
29	23	8	6	28%	26%
Inicio		18 meses		18 meses	
N° de Medicamentos al inicio		N° de Medicamentos disminuidos		% de disminución	
HTA	DIABETES	HTA	DIABETES	HTA	DIABETES
6	0	3	0	50%	-
Inicio		24 meses		24 meses	
N° de Medicamentos al inicio		N° de Medicamentos disminuidos		% de disminución	
HTA	DIABETES	HTA	DIABETES	HTA	DIABETES
26	6	6	3	23%	50%

Fuente: Elaboración propia.

Es necesario e importante poder trabajar en perfeccionar las estrategias de prevención a nivel macro y así ayudar a mejorar la adherencia y permanencia de los pacientes en los programas de salud, que pudiera ofrecerse en cada sub sistema. De promover cambios de estilos de vida en la personas en riesgo, se podrá desmedicalizar sus vidas, producto también no solo de garantizar los derechos de los pacientes a recibir la atención adecuada sino también

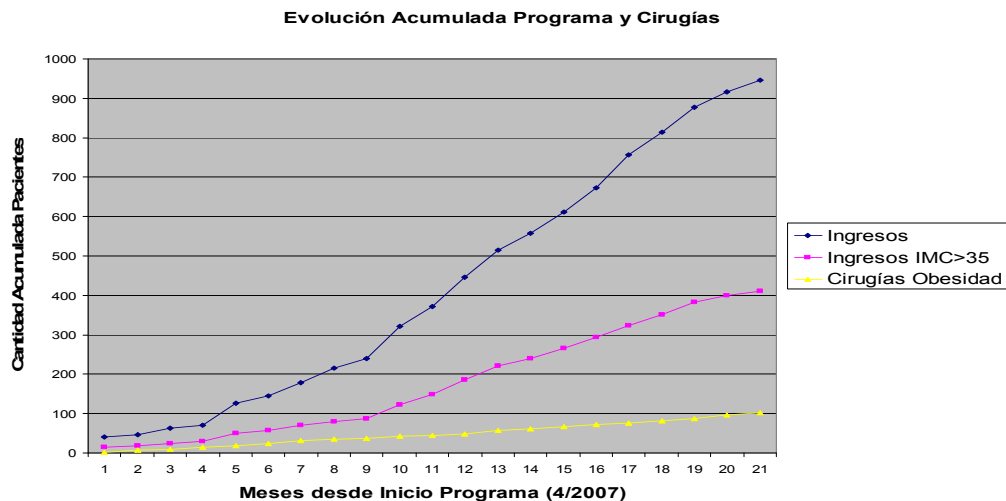
a mejorar el compromiso y responsabilidades asumidos para con su salud y con el sistema que los asiste. Este es otro aspecto positivo, que justifica un esquema de atención multidisciplinaria e integrada de gestión de enfermedades para un Sistema de Salud.

Otras circunstancias que justifican la implementación de un programa de prevención y tratamiento para el sistema de salud, aún dada la poca adherencia por parte de los pacientes al dispositivo de atención, es poder brindar la oportunidad a la población que nunca accedió a un dispositivo de las características descritas y poder así re orientar la demanda. El PRA se había implementado antes de la promulgación de la Ley 26.396 que incluía en el Plan Médico Obligatorio (P.MO), la cobertura de la cirugía bariátrica. Si bien el seguro médico ya cubría estas cirugías con anterioridad, dado algunos resultados adversos detectados, fue que se decidió crear el programa de prevención y tratamiento, para poder ofrecer un esquema de atención multidisciplinario de características clínicas, que por excelencia es el recomendado para el tratamiento de la obesidad. Con el objetivo por un lado de re orientar la demanda pero además crear conciencia de autocuidado en la población.

Una de las evaluaciones realizadas para poder mostrar la importancia de dicha implementación, fue comparar las cirugías bariátricas realizadas, promedio por mes, comparando la cantidad de paciente que ingresaban al PRA con "un IMC > a 35 y con al menos una co morbilidad". Cabe aclarar que este "último criterio de aplicabilidad", era en ese momento, el incluido en la norma del seguro privado, para definir su cobertura. Si bien la demanda de cirugías estaba contenida por un tope mensual, se puede observar que el ingreso de pacientes al programa médico con abordaje de características clínicas es significativamente mayor en aquellos con obesidad mórbida que querían iniciar el PRA, contra aquellos que se operaban. Además se puede observar el aumento de la demanda al tratamiento a medida que transcurría el tiempo de su implementación.

A continuación un gráfico con línea de tendencia que compara las variables descriptas.

Gráfico N° 16: Evolución comparada ingresos al programa médicos, comparado con cirugía bariátricas autorizadas.



Fuente: Elaboración propia.¹¹

Esta modalidad de programa, con sostenibilidad en el tiempo, aún con los escasos resultados, podrá resultar efectiva para instalar en la población la motivación al cambio de estilos de vida. Asimismo facilitar la re orientación de la demanda. Hubo personas en el seguro privado que no habían tenido la posibilidad de realizar un esquema multidisciplinar, gracias a los altos costos que tenían estos dispositivos en el mercado y la inclusión del programa al esquema de cobertura, permitió su accesibilidad. Además es una herramienta efectiva para difundir información contrarestando la oferta mágica promovida desde algún sector del mercado.

¹¹ Los pacientes que se tomaron como que ingresaron al PRA con IMC > a 35 y con por lo menos una co morbilidad, al momento del ingreso al PRA, no querían operarse.

5.7 Fortalezas y debilidades para la implementación de programas de gestión de enfermedades crónicas para el sistema de salud

A continuación se describe en un cuadro un resumen sobre las fortalezas y debilidades detectadas para el Sistema de Salud, que podrían tenerse en cuenta al momento de tener que diseñar una estrategia para gerenciar enfermedades crónicas.

Tabla Nº 37: Fortalezas y debilidades para la implementación de un programa de gestión para enfermedades en el sistema de salud argentino.

Fortalezas y debilidades para la implementación de un programas para gestión de enfermedades en Argentina por ejemplo obesidad.	
Fortalezas	Debilidades
El Ministerio de Salud, ejerce una función de rectoría sobre el sistema de salud para alinear políticas y revertir los indicadores de salud.	Objetivos institucionales no coordinados entre Atención Primaria y las distintas especialidades, déficit de centros ambulatorios que incluyan equipos multidisciplinares
Detección de enfermedades no transmisibles en forma precoz, como por ejemplo diabetes, hipertensión, dislipidemia para poder desarrollar estrategias a tiempo y revertir estas enfermedades	En obesidad u otras enfermedades no transmisibles no se actúa sobre la etiopatogenia, pues es la expresión de un desorden heterogéneo y multicausal, no hay tecnología específica para identificar la vía regulatoria metabólica afectada, por esto es mejor que las poblaciones no enfermen.
Las autoridades sanitarias tienen la capacidad de realizar estudios epidemiológicos a la población en forma continua. Ej. (ENNyS; EFR).	La intervención no es curativa, la normalización del peso no indica curación, los resultados se alcanzan con lentitud y a largo plazo.
Contar con poder comunicacional para fomentar en la población educación sanitaria en todos los niveles de gestión del Estado.	Falta de una adecuada estrategia de prevención para llegar a todos los sectores de la sociedad.
Capacidad de medir la efectividad de sus intervenciones pensando en aumentar años de vida en la población.	Escasos resultados a corto plazo, falta de voluntad, deseo de la persona – paciente para lograr cambios de estilos de vida, lidiar con los trastornos estructurales inconscientes de difícil manejo en la población a intervenir.
Contar con la oportunidad de optimizar y coordinar los servicios de salud	Ausencia de coordinación o capacidad ejecutiva sobre recursos
Las autoridades sanitarias cuentan con el poder para intervenir con prácticas preventivas con enfoque en los determinantes sociales de la salud.	Red de Atención Primaria sin hábito de evaluación. Información epidemiológica descoordinada entre los distintos actores del sistema de salud.
Las autoridades sanitarias cuentan con la capacidad de iniciar el proceso de prevención y desarrollar políticas sanitarias, respondiendo a intereses estratégicos a largo plazo. Capacidad de Empoderamiento ¹² en los ciudadanos. Una herramienta efectiva podría ser el seguimiento a cargo de enfermeros y psicólogos a través de una línea 0800.	Excesiva dependencia política del sistema y sus gestores, administrar los recursos respondiendo a intereses coyunturales

Fuente, elaboración propia a partir del análisis de revisión bibliográfica

¹² En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo este un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud. Pág. 16.
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Al momento de diseñar un modelo de gestión para el gerenciamiento de patologías crónicas en un seguro privado el escenario que se plantea es diferente. Si bien podría pensarse que la población con enfermedades crónicas permanece cautiva en el seguro, la realidad es que no es así. La herramienta si es muy efectiva para mejorar la calidad de vida de las personas logrando adherencia a los tratamientos y entonces también contener el costo médico. Asimismo permite optimizar y coordinar los servicios de salud, contar con Prestadores bien identificados y permitir orientar la demanda. Otra fortaleza al momento de la administración es poder disponer de información a través del sistema de facturación para planificar la gestión. Pero al momento de intervenir desde un sub sistema de salud en la administración de enfermedades crónicas una de las dificultades es la falta de acompañamiento de políticas públicas efectivas y adecuadas estrategias de prevención que permitan instalar en la población en riesgo, conciencia de enfermedad. Para lograrlo se requerirá de la colaboración y participación de múltiples sectores. Para revertir un proceso de enfermedad es necesario un alto grado de participación de la población. Los resultados de la presente investigación fueron escasos a corto plazo, una de las mayores dificultades es la falta de deseo o voluntad del paciente para lograr cambios en sus estilos de vida, hay que lidiar con los trastornos estructurales inconscientes de difícil manejo en la población a intervenir.

Para poder dar prioridad a los problemas vinculados a las enfermedades no transmisibles, hay que instalar el problema en las agendas sobre los altos costos que estas consumen al sistema de salud. La disminución de la prevalencia no se podrá lograr, sin cohesión social y sin transversalidad entre los actores a cargo de la gestión en el sistema de salud y los diferentes sub sistemas. Es importante que el Estado arbitre todas las herramientas necesarias para promover el **emponderamiento** en los ciudadanos de un país, entendiéndose por **emponderamiento**¹³ "a un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las básicas habilidades para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la promoción de la salud va dirigida a crear las mejores

¹³ <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen". Podrá ser posible en la medida que un Estado facilite mediante la colaboración y la movilización tanto de recursos humanos como materiales.

Es importante el papel que desempeña el personal de salud y otros agentes sanitarios, en la facilitación del emponderamiento, al actuar como catalizadores de la promoción de la salud, por ejemplo, permitiendo el acceso a la información sanitaria, facilitando el desarrollo de habilidades personales y apoyando el acceso a los procesos políticos que configuran las políticas públicas que afectan la salud de una población.

5.8 Resultado encuesta de satisfacción realizada en el marco del programa en estudio (2008).

En el año 2008, al año de la implementación del PRA, se decidió realizar una encuesta de satisfacción a través de una consultora externa, (Pels, 2008), a pacientes que estaban participando o hubieran abandonado el PRA, aún sin cumplir con los objetivos. Se describe a continuación, algunas conclusiones que pueden justificar la oferta por parte del Sistema de Salud Público, de un esquema clínico multidisciplinar. La muestra acordada fue de 65 encuestas. La estructura de la muestra se realizó en función a las bases provistas por el seguro médico. Este proveyó cinco bases de datos, una por cada centro donde se prestaban servicios médicos al programa. Los centros eran 5, ubicados en la Ciudad de Bs. As. y Gba. La base contaba con 613 pacientes, de los cuales habían abandonado 275.

Algunos resultados:

- 87% de los entrevistados consideraba al programa como excelente o muy bueno
- 95% realizó algún comentario positivo:
 - Excelentes profesionales [32%]
 - Todo el conjunto [24%]
 - El trabajo grupal [19%]
 - La contención y motivación que brindan los profesionales [17%]
- 95% lo recomendaría a amigos / familiares.
- Sobre el Programa Médico:
 - Alta satisfacción (87%)

- Volverían a atenderse (96%)
- Fueron considerados adecuados (superiores al 80%):
 - Los espacios físicos de los centros
 - La atención del personal administrativo
 - Los turnos
 - Los tiempos de espera
- Calificación de la atención profesional (psicoterapeuta y nutricionista):
 - Excelente/muy bueno: 73%
 - Óptima/acorde: 63%
- Participación en actividades (talleres) grupales: 75%
 - Calificados como excelentes/muy buenos: 91%
 - También un 64% adhiere que los talleres le han permitido cambiar su estado y bienestar general de manera significativa y un 36% de manera moderada. Nadie declaró no haber sentido cambios al participar de dichas actividades
- Participación de las actividades físicas: 16%
 - Calificación como excelentes/muy buenas: 99%
 - Razones expuesta sobre la no adherencia a esta propuesta:
 - Falta de horarios: 30%
 - Practica por su cuenta: 25%
 - Lejanía 21%
 - Localización Geográfica: 20%
 - "No ha comenzado" 9.3%.
 - Problemas físicos 5%.
 - No declararon ninguna razón, 9.3%.

De sumar el 16% que refirió haber realizado la actividad física con el equipo, y el 25 % que practicaba por su cuenta, solo el 41% la realizaba.

Si bien la satisfacción de los afiliados fue alta respecto al programa, hubo una alta disparidad en el servicio entre los centros. Alguno de los cuales, disparidad negativa notable, al poco tiempo de la devolución de los resultados de la encuesta, estos equipos se disolvieron. Las universidades y centro de formación especializadas tendrán que trabajar sobre las currícula y cambiar el paradigma en el sistema de formación de profesionales y así poder lograr cambios

significativos en el modo de abordaje en casos de patologías crónicas.

Asimismo son notables las dificultades en la adherencia a la realización de actividad física, habrá que trabajar junto a las autoridades sanitarias de los distintos niveles de gestión, los municipios, colegios, clubes de barrios y sindicales, en mejorar el acceso a la población al ejercicio físico. Difundiendo actividades como caminar, correr o andar en bicicleta, que replacen a las actividades aranceladas y que promuevan abandonar el sedentarismo.

5.9 Propuestas de Estrategias en Prevención Cuaternaria en función de la condición clínica en estudio

En la (OMS, 2005) se estableció un objetivo global a nivel mundial para reducir las tasas de muerte por enfermedad crónica (no transmisibles) en un 2% cada año. Con este fin, se realizó un estudio cuyo objetivo fue explorar cuántas muertes potencialmente podrían evitarse en más de 10 años, por la aplicación de intervenciones basadas en la población y calcular los costos financieros de aplicarse estas medidas. Se seleccionaron dos intervenciones: reducir el consumo de sal en la población en un 15% y a implementar cuatro elementos claves del Convenio Marco sobre Control del Tabaco (CMCT). En el estudio se utilizaron los métodos de evaluación comparativa de riesgo para estimar los cambios en la distribución de los factores de riesgo asociados con el consumo de sal y el consumo de tabaco y modelar los efectos sobre la mortalidad de la enfermedad crónica, de 23 países que representan el 80% de la carga de enfermedad crónica en el mundo en desarrollo.

El estudio mostró que, en más de 10 años (2006-2015), 13.8 millones de muertes podrían evitarse mediante la aplicación de estas intervenciones, a un costo de menos de US\$ 0.40 por persona por año de bajos ingresos y en menor medida en países de ingresos medianos entre US\$ 0.50 — 1.00 por persona por año en los países de ingresos medios superiores. Estas dos estrategias de intervención basada en la población podrían por lo tanto sustancialmente reducir la mortalidad por enfermedades crónicas y hacer una contribución importante (y accesible) hacia el logro de la meta mundial para prevenir y controlar enfermedades crónicas. (The Lancet, 2007).

En Argentina, como se describe en la página 50, se sumó al objetivo global a nivel mundial propuesto por la Organización Mundial de la Salud para reducir las tasas de muerte por enfermedad crónica (no transmisibles), en un 2% cada año a través de dos estrategias, reducción de sodio en los alimentos y disminuir las grasas trans de producción industrial.

Se realizaron algunas consultas¹⁴ sobre algunos aspectos referido a su implementación y seguimiento. Se detalla a continuación:

1 ¿Cómo corroboran desde el Ministerio que se cumpla con la reducción de sodio en los alimentos por parte de la industria alimentaria cuando en realidad fue voluntaria su reducción, ¿como realizan el monitoreo sobre su cumplimiento? ¿Lo regula el Anmat?

- "En los convenios celebrados entre el Ministerio de Salud y de Agricultura junto a la COPAL y UNICA, estass últimas y también las empresas que han adherido a los mismos, tienen derechos y obligaciones. De las principales obligaciones, se ha establecido el monitorio de las metas propuestas, lo cual será verificado en dos años y a cuatro años.

Actualmente, las autoridades vinculadas a los convenios estamos trabajando en articular el plan de monitoreo, el cual, básicamente estará a cargo de la autoridad sanitaria nacional (INAL el cual dependen del ANMAT), la Red de Laboratorios de Argentina (REDNALOA) y la articulación de las autoridades provinciales. Sí está previsto, además del control.

En el mismo sentido, corresponde que te destaque que, lo voluntario es la adhesión o no a este tipo de convenios, pero claro está que, en caso de celebrar estos convenios y las adhesiones, éstos últimos pasan a ser obligatorios para las partes. Al referirse a voluntario, quiere decir que no está previsto por las leyes, por tanto, es un convenio entre particulares. Sin embargo, una vez firmados estos convenios, los mismos son obligatorios, y si no se cumplen los derechos y obligaciones, hay consecuencias previstas en las cláusulas de aquellos. Como este tipo de convenio, hay muchos convenios y contratos que son de este tipo, por ejemplo: para vivir, una persona necesita una casa y la opción es alquilar un inmueble; no está obligada a alquilarla, sin embargo, decide realizar un contrato de alquiler; en consecuencia este contrato es voluntario y una vez firmado, para las partes, es obligatorio.

2. ¿Hay obligación por parte de las empresas de publicar en un registro de acceso público, de cuales son esos alimentos a los que la industria alimentaria decidió reducir la cantidad de sodio?

- En la página web

<http://msal.gov.ar/ent/MenosSalMasVida/MenosSalMasVida.aspx>

podes acceder al texto completo de un archivo en PDF en el cual se indican los productos en los cuales se acordó la reducción progresiva y voluntaria del contenido de sodio. Te

¹⁴ Asesora Legal de Alimentos Sra. Ma. Emilia Gautero perteneciente a la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Trasmisibles del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

pido que busques el archivo que se llama "Tabla de Alimentos seleccionados en los que se reducirá sodio"

Se adjunta:



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



Tabla de Alimentos Procesados seleccionados en los que se realizará una Reducción Voluntaria y Progresiva del Contenido de Sodio		
GRUPO DE ALIMENTOS	PRODUCTOS	REDUCCIÓN DE SODIO
Productos Cárnicos y sus derivados	Grupo de Chacinados cocidos, embutidos y no embutidos. Salazones cocidas: Incluye salchichas, salchichón, mortadela, jamón cocido, fiambres cocidos y morcilla	se reducirá como mínimo un 8% el contenido máximo de sodio en 100 gr de producto (1300 mg), alcanzando un valor de 1196 mg
	Grupo Chacinados Secos: salames, salamin, longaniza y sorpresata	se reducirá como mínimo un 5% el contenido máximo de sodio en 100 gr de producto (2000 mg), alcanzando un valor de 1900 mg
	Grupo Embutidos frescos: chorizos	se reducirá como mínimo un 5% el contenido máximo de sodio en 100 gr de producto (1000 mg), alcanzando un valor de 950 mg
	Grupo Chacinados frescos: hamburguesas	se reducirá como mínimo un 15% el contenido máximo de sodio en 100 gr de producto (1000 mg), alcanzando un valor de 850 mg
	Grupo Empanados de Pollo: nuggets, bocaditos, patynitos, supremas, patitas, medallón, chickenitos y formitas	se reducirá como mínimo un 8% el contenido máximo de sodio en 100 gr de producto (800 mg), alcanzando un valor de 736 mg
Fariñáceos	Crackers con Salvado	Como mínimo un 5% el contenido de sodio de los alimentos que estén por encima de 600 mg/100 g
	Crackers sin salvado	Como mínimo un 5% el contenido de sodio de los alimentos que estén por encima de 600 mg/100 g
	Snacks galletas	Como mínimo un 5% el contenido de sodio de los alimentos que estén por encima de 990 mg/100 g
	Snacks	El contenido de sodio de todos los productos que salgan al mercado no deberán superar el valor de 950 mg/100 g
	Galletas dulces secas	Como mínimo un 5% el contenido de sodio de los alimentos que estén por encima de 310 mg/100 g
	Galletas dulces rellenas	Como mínimo un 5% el contenido de sodio de los alimentos que estén por encima de 320 mg/100 g
	Panificados con salvado	Como mínimo un 5% el contenido de sodio de los alimentos que estén por encima de 450 mg/100 g
	Panificados sin salvado	Como mínimo un 5% el contenido de sodio de los alimentos que estén por encima de 450 mg/100 g
Quesos	Panificados congelados	Como mínimo un 5% el contenido de sodio de los alimentos que estén por encima de 450 mg/100 g
	Queso Cremoso	Como mínimo un 5% el contenido de sodio del Queso Cremoso que esté por encima de 558 mg Na/100 g
	Queso Cuartirolo	Como mínimo un 5% el contenido de sodio del Queso Cuartirolo que esté por encima de 496 mg Na/100 g
	Queso Danbo	Como mínimo un 5% el contenido de sodio del Queso Danbo que esté por encima de 542 mg Na/100 g
	Queso Mozzarella	Como mínimo un 5% el contenido de sodio del Queso Mozzarella que esté por encima de 510 mg Na/100 g
Sopas, Aderezos y Conservas	Queso Por salud	Como mínimo un 5% el contenido de sodio del Queso Por Salud que esté por encima de 536 mg Na/100 g
	Queso Tybo	Como mínimo un 5% el contenido de sodio del Queso Tybo que esté por encima de 625 mg Na/100 g
	Caldos en pasta (cubos/tabletas) y granulados	Como mínimo un 5% del contenido de sodio de todo producto que tenga un valor mayor a 374mg/100 g
	Sopas Claras	Como mínimo un 5% del contenido de sodio de todo producto que tenga un valor mayor a 346mg/100 g
Sopas Cremas	Como mínimo un 5% del contenido de sodio de todo producto que tenga un valor mayor a 306mg/100 g	
Sopas Instantáneas	Como mínimo un 5% del contenido de sodio de todo producto que tenga un valor mayor a 352mg/100 g	

3. Eliminar las grasas trans de producción industrial: Dentro del Código Alimentario Argentino Capítulo III- El Artículo 155 tris, se promulgó en el año 2010, se brindó hasta dos años desde su promulgación para que las empresas alimenticias adecuen su tecnología y poder hacer efectiva su implementación. Entonces, ¿ya está previsto cómo se va a regular o controlar su cumplimiento?

- Su consulta se relaciona con la incorporación del Artículo 155 Tris establecida por resolución conjunta a fines del 2010. En relación a este punto, todas las autoridades sanitarias, en cada una de sus jurisdicciones y en todas las intervenciones deberán verificar el cumplimiento de la formulación de los alimentos a la Legislación Alimentaria Vigente. Y siendo, el artículo 155 TRIS legislación vigente, están obligados a verificarlos: en un plazo de dos años (que ya comenzará a regir a fines de este año 2012) ante lo cual deberán verificar:

3.1 la adecuación de los análisis de los alimentos al 2% de grasas en aceites vegetales y margarinas destinadas al consumo directo y 3.2. la adecuación, en un plazo de 4 años, del 5% para las restantes grasas.

3.3. Están excluidas del punto 3.1 y 3.2 las grasas rumiantes, inclusive, la grasa láctea.

En síntesis, el objetivo propuesto es que Argentina este "Libre de Grasas Trans en el año 2014". Esto claro está, no incluye una exclusión absoluta de grasa, sino la adecuación de los niveles de esta a los niveles permitidos y como toda norma vigente, las autoridades sanitarias nacionales y provinciales, deben verificar su cumplimiento, sin que haya que establecer un plan de monitoreo específico. Porque es ley, es exigible, y por ser exigible, debe verificarse su cumplimiento. Espero haber dado respuesta a sus consultas".

Se estima que para conseguir cambios culturales en un país que logren revertir la prevalencia de enfermedades no transmisibles, llevará más de 150 años. Será necesario mejorar la trazabilidad de los alimentos y su acceso. Además de intervenciones como las descritas anteriormente, las autoridades máximas del Estado tendrán que trabajar en profundizar cambios en las políticas públicas que permitan mejorar en la población su accesibilidad económica, garantizar el derecho a la salud en forma equitativa. Como así mismo mejorar el acceso a la educación a toda la población.

6. Conclusiones

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar los procesos y algunos resultados parciales sobre la gestión a partir de la implementación de un programa preventivo aplicado a una población perteneciente a un seguro privado de salud en la Argentina.

La idea central fue realizar una revisión sobre las dificultades en su implementación y aportar desde la experiencia algunas reflexiones y propuestas.

En el análisis de la información se halló una marcada diferencia en la población (n=1555) que consultó al programa, observándose un predominio del (74 %) de mujeres sobre el 26 % de hombres. El mayor porcentaje de los ingresantes al programa (77%) tenían un índice de masa corporal entre 30 y 49.9. Además se observó, en la tabla N° 18 (Pág. 73), que quienes más consultaron para incluirse al programa, (habiendo realizado la entrevista de admisión), fueron aquellos que tenían entre 50 a 64 años de edad, en un 25 %, y en su mayoría (el 34. 4%) fueron mujeres. Destacándose que solo hubo mayoría de hombres, (45.3%) en el segundo mayor porcentaje de ingresantes (20%), entre las edades de 35 a 49 años. Conjuntamente se observaron los mayores porcentajes de consultas al programa, por rango etáreo, en la población que tenía entre 50 a 64 años en un (25 %) y con un (20 %) en la población comprendida entre los 35 a 49 años. Posiblemente este mayor porcentaje de consultas entre las edades 50 a 64 años obedeció a la presencia de mayores comorbilidades en la población, coincidiendo con la Tabla N° 19 publicada por (MS de Sereday et. Al, 2004), generando la presencia de estas, alarma en la personas, ya que comienzan a ser visibles ciertos síntomas que hacen al paciente confrontarse con riesgos para su salud.

De considerarse viable la estimación realizada en la Tabla N° 21 (Pág. 78) sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el seguro médico a partir de los datos de la (EFR; 2005), se pudo observar un bajo porcentaje de quienes demandaron ingresar al PRA. Este dato proporciona aspectos que hacen reflexionar sobre las dificultades en garantizar accesibilidad a los servicios médicos, acorde para el tratamiento de la obesidad, o bien en dificultades con la promoción de información sanitaria a la población que necesita mejorar sus estilos de vida. O bien barreras económicas como el pago de copago en los talleres y la actividad física. Quizás una forma de gestión a considerar para promover conciencia de auto cuidado, para lograr el control del gasto médico en las empresas de seguros de salud tanto privados como seguridad social, podrá ser la de bonificar un porcentaje sobre la prima a aquellos beneficiarios, que por ejemplo, concurren regularmente a un gimnasio.

En relación al análisis de los indicadores de proceso en el desarrollo del PRA, en

investigaciones futuras se podrá analizar si los cambios producidos en la gestión de dicho programa (cambios en el sistema de admisión de pacientes; llamados de seguimientos al 100% de la población incluida en el programa a cargo de Psicólogas; haber incluido la realización de la Encuesta de Calidad de Vida SF26 al inicio y al momento del alta médica), logrará mejorar la adherencia y permanencia como así también sus resultados.

En un estudio comparado de intervenciones clínicas para el descenso del peso (*N Engl J Med, 2011*) se evaluó pacientes obesos con al menos un factor de riesgo coronario asociado, se observó que la realización de programas de seguimiento tanto remoto como directo y mediado por equipo multidisciplinario, generan descenso de peso clínicamente relevante. Los programas de seguimiento son una de las variantes que se desarrollaron en este sentido, intentando acercarse al paciente desde un abordaje que mejore sus hábitos impactando de manera indirecta en el descenso de peso. Este estudio (*N Engl J Med, 2011*) como así también la presente investigación, muestra que cualquier forma de intervención, puede generar a corto y largo plazo un efecto beneficioso en esta población, pues probablemente recree una red que ayude a minimizar los efectos de la fragmentación y segmentación, que caracteriza a los servicios sanitarios, y reconstruya las redes perdidas en esta población que a causa de su baja autoestima, presentan muchas dificultades en adherir a cambios significativos en sus vidas. Cabe recordar los resultados de la encuesta de satisfacción, dónde se reflejó que un 64% de pacientes que adhirió a los talleres, refirieron que éstos les han permitido cambiar su estado y bienestar general de manera significativa y un 36% de manera moderada. Nadie declaró no haber sentido cambios al participar de dichas actividades, aún en aquellos pacientes que no cumplieron con los objetivos planteados en el programa.

Un rol importante para contrarrestar la mercantilización de la medicina generado por los medios de difusión, es el que tiene el Ministerio de Salud difundiendo información sobre las mejores prácticas que ofrece la medicina basada en la evidencia. Es sabido que los recursos son escasos y limitados, motivo por el cual el ciudadano/beneficiario, debería saber cuanto se invierte en mejorar la salud de cada uno de ellos y en sostener las enfermedades crónicas. Fundamentalmente para promover en la personas un protagonismo activo. Asimismo, otro rol importante del Ministerio de Salud, sería comprometer a todos los actores políticos y firmar un compromiso de tal manera que cada vez que se evalúe la aprobación de una nueva tecnología y su inclusión en el P.M.O, sea ajustando a guías basadas en evidencia científica. Todo muestra la importancia de tener que liderar el proyecto de gerenciar una agencia nacional de evaluación de nuevas tecnologías, y ser el asesor principal de todos los jueces al momento de tener que

enfrentar reclamos que no mejoren la calidad de vida del paciente, promoviendo así la equidad en la administración de los recursos. Asimismo las autoridades sanitarias junto al resto de los subsectores del sistema de salud, deberían tener un alto compromiso con la difusión de información sanitaria a través de distintas vías de comunicación garantizando el acceso a esta, y poder así garantizar la promoción de los derechos de los beneficiarios del Sistema y también contribuir a crear conciencia de autocuidado responsable en ellos.

Los agentes sanitarios deberían ser los responsables de promover cada vez más "centros de promoción de la salud" por sobre lugares donde se administren enfermedades. Ejemplos de intervenciones saludables: subsidiar los clubes de barrios; trabajar en los comedores en barrios de escasos recursos realizando talleres en forma sostenida; reformular los planes alimentarios incluyendo recetas de comidas que puedan resultar de bajo costo y nutritivas, incorporando carnes (proteína), teniendo en cuenta el hallazgo del aumento de anemia en la población que reciben planes alimentarios subsidiados por el Estado (ENNyS, 2007); crear sobre tierras fiscales abandonadas, centro de juegos para los niños realizados por ejemplo, por presidiarios durante su encierro en las cárceles; diseñar en estos mismos espacios canchas de fútbol; crear senderos que inviten a caminar a la población; mejorar en la currícula de los planes de estudio, el acceso a la actividad física; entre otros.

Los objetivos para disminuir la prevalencia de enfermedades no transmisibles, deben sostenerse como política sanitaria, respondiendo a intereses estratégicos de una nación y así poder garantizar el espíritu del artículo 42 de la Constitución Argentina, donde *"Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno"*.

La obesidad como expresión de un desorden heterogéneo y multicausal, no tiene herramienta diagnóstica, tecnología específica, para identificar la vía regulatoria metabólica afectada. Además la normalización del peso no indica curación. En la mayor parte de los casos sus beneficios son diferidos y los inconvenientes inmediatos. Estos últimos son la causa por la cual muchas veces el paciente consulta, es decir cuando comienza a enfermar. Pero esto no significa que en él, este instalado la conciencia de enfermedad y realmente esté motivado a cambiar sus modos de vivir para mejorar su situación clínica. Para un tratamiento exitoso, se necesita cambiar de posición frente a la vida, lo cual exige esfuerzos permanentes, concientes y volitivos por parte de la persona que padece de obesidad y del acompañamiento de sus

familiares, pero también de un seguro de salud y una red sanitaria pública, que debe estimular a una actitud de cambio a través de un programa de gestión integrada. Asimismo de equipos interdisciplinarios, profesionales del área de salud, que logren revisar con la debida capacidad de disociación instrumental, los prejuicios que en ellos se alojan, sobre los pacientes que sufren de obesidad, también revisar los ideales respecto de los objetivos por alcanzar en el tratamiento.

Los resultados se alcanzan con lentitud y a largo plazo. Es por eso que su tratamiento debe tener características que engloben todos los aspectos de la multi-causalidad, teniendo en cuenta la condición de cronicidad que tiene esta condición clínica. Las más recientes recomendaciones se centran en ayudar a los pacientes a perder un 5-10% (Tsigos C, 2008) de su peso basal y mantener estas pérdidas a largo plazo. Por esto, escoger el correcto tratamiento es muy importante. Si bien los resultados obtenidos en la población en estudio no garantizan la cura de la enfermedad, es claro que mejora la misma mediante una intervención poco invasiva y de bajo costo para el paciente y el sistema.

Otros aspectos que hacen positiva la implementación de un programa médicos a largo plazo, es la detección precoz de personas con hipertensión y diabetes tipo 2, también la disminución de medicamentos (si se trabaja en los incentivos en la población que mejoren los resultados); además permitir la re orientación de la demanda en aquellas personas que quieren acceder a una cirugía y no pudieron adherirse a un dispositivo de atención multidisciplinaria; asimismo ser un dispositivo que permita a la población (independientemente de haber llegado a un IMC 25 o menor a 30), haber podido perder un promedio de 17% de peso corporal, incrementar la actividad física y mejorar sus variables clínicas, se observó que los resultados a largo plazo fueron muy significativos, mejorando sus factores de riesgo. Quedará pendiente para otra investigación controlar los resultados a largo plazo para corroborar el mantenimiento de los cambios obtenidos, aunque será difícil mantener la muestra dado el nivel de rotación de la población (no cautiva) en el seguro privado en el cual se desarrolló la presente investigación.

Respecto a las perspectivas para la cobertura del tratamiento de la obesidad dentro del sistema de salud de la Argentina, deberá tenerse en cuenta las consecuencias (segmentación y fragmentación de los servicios de salud) que tiene el sistema a raíz de su composición. La debilidad de los sistemas de salud es un obstáculo a la atención sanitaria eficaz en los países de ingresos medianos y bajos. Los proyectos nacionales de un país deberían permitir una integración entre todas sus regiones, y diferentes actores del subsistema de salud a través de un proyecto en común. Poder compartir conocimientos, datos empíricos y experiencia en los

modos de hacer política y la planificación de servicios, permitirá una mejor toma de decisiones y promoverá un sistema de salud más eficaz, eficiente y equitativo. La investigación científica también podría desarrollar planes para mejorar la gestión del personal sanitario en lugares de escasos recursos, como las zonas rurales y barrios urbanos marginales. La colaboración entre los proyectos seleccionados permitirá desarrollar sinergias y aumentar el impacto. Los proyectos deberían poder sostenerse a largo plazo para poder hacer más efectiva las intervenciones.

Para poder garantizar un sistema de salud más accesible y equitativo, el Estado Nacional Argentino deberá prestar especial atención a las nuevas generaciones de investigadores y profesionales de la salud. Por un lado actualizando la currícula de grado, poniendo especial énfasis en el manejo de las enfermedades crónicas y en la promoción de cambios de estilo de vida en la población. Mejorando también el sistema de residencias para Psicólogos a nivel nacional. Además re jerarquizar el sistema de remuneraciones de los profesionales y promover incentivos para motivar al sector y sostener su sentimiento de pertenencia para con el sistema de atención. De otra manera será difícil cubrir las necesidades y demandas de atención en cada región.

Asimismo el Estado Nacional a través de sus responsables en cada área, tendrán que trabajar sobre la población tanto sana como enferma para que puedan lograr conciencia de autocuidado, a través de técnicas efectivas para la educación sanitaria. De esta forma se podrá generar demanda en la población. Sin una población motivada y un Estado participativo será difícil la disminución de la prevalencia de enfermedades como la obesidad, entre otras.

Además invertir en centros de salud de atención primaria que garanticen accesibilidad al abordaje multidisciplinario e incluyan particularmente el aspecto psicológico. Un aspecto positivo a tomar en cuenta sobre los resultados de la encuesta de satisfacción presentada en este trabajo, fue la alta satisfacción de los pacientes que participaron del programa, sobre la contención que recibían por parte del Psicólogo, independientemente de haber logrado la reducción de su peso corporal o haber cumplido con los objetivos generales del programa. Este aspecto podrá ser considerado por los responsables de llevar adelante la gestión en el sector público, y promover un modelo de gestión centrado en las personas, que los contengan y ayuden a re - socializar al sujeto. (Lacan, 1963) en su seminario La Angustia, refiere que "es divertido observar cuán raras son durante los análisis las enfermedades de corta duración, hasta qué punto, en un análisis que se prolongue un poco, los resfríos, las gripes, todo se borra, e inclusive las enfermedades largas..... pienso que si hubiera más análisis en la sociedad, los seguros sociales, como los seguros de vida, deberían tener en cuenta la proporción de

análisis en la población para modificar sus tarifas". Hay evidencia que permitiendo acceder a la población a tratamientos para mejorar su salud mental mejorarían significativamente su estado de salud. El Psicólogo está preparado para el manejo del paciente con enfermedad crónica, es prevalente en éste tipo de enfermedades la presencia de mecanismos de negación, entre otros. La Psicología es una de las únicas disciplinas científicas que tiene por sus objetivos trabajar sobre los cambios en la conducta y por ende trabajar sobre los cambios en los estilos de vida. El Estado a través de cada Provincia tiene una deuda pendiente en mejorar la oferta de tratamientos, optimizando el sistema de residencias para la especialidad.

Si se trata de diseñar Políticas Sanitarias Saludables, una ciudad para lograr ser saludable debe tener en cuenta que *"la mejora de salud de su población no pasa necesariamente por el incremento de los servicios sanitarios, sino que tiene que ver con los estilos de vida, las condiciones medioambientales y otras medidas políticas, económicas y sociales"* (DUHL 1986), con acciones directas sobre la población en riesgo también sostenidas longitudinalmente. Además poder garantizar equitativamente el acceso a políticas sanitarias pues esta misma población que se encuentra en riesgo de morir por híper obesidad en algún lugar alejado de los centro urbanos, no tendrá las mismas posibilidades de que el Estado garantice por igual el acceso, por ejemplo, a la cirugía bariátrica como cualquier otro ciudadano según indica la Resolución Msal 742/09 citada con anterioridad.

Asimismo otra política a promover, debería ser la de sostener una campaña provocadora de educación sanitaria, con una estrategia global para combatir la obesidad poniendo por delante la dignidad de la persona, la prevención temprana y la necesidad de apoyo de estas y sus familias. Mejorando los planes de asistencia social alimentaria teniendo en cuenta los resultados no deseados, detectados respecto a los valores superiores de anemia en aquella población que recibió asistencia alimentaria, referido en el informe de la (ENNyS, 2007). También regular la publicidad engañosa sobre alimentos, además sus precios para mejorar su accesibilidad y también regular la oferta de tratamientos de dudosa efectividad, protegiendo al ciudadano de engaños que puedan confundirlos.

Como puede apreciarse en esta investigación el tratamiento de la obesidad en el adulto, es difícil de abordar y con escasos resultados. Hay evidencia de que los programas que ayudan a tratar el sobrepeso en niños tienen más éxito a largo plazo que en adultos, es recomendable que las campañas informativas para adquirir hábitos alimentarios saludables estén presentes desde la infancia y adolescencia, y sería importante tomar medidas que faciliten en lo posible la realización de ejercicio de forma atractiva y estimulante a nivel de colegios y municipios en

conjunto con los clubes de barrio. Garantizando también el acceso a centros para el cuidado de niños entre 45 días y 3 años, para ayudar a las familiar con dificultades económicas a organizarse mejor en los cuidados de los niños, y así poder hacer prevención temprana para que cuando el niño se inserte en el proceso escolar pueda desarrollarse sin dificultades, evitando la debilidad mental. También permitirá a jefes/as de familiar poder lograr acceso a un trabajo organizado y mejorar su accesibilidad económica.

Se impone la necesidad por parte de las autoridades competentes, organizar la implementación de una única agencia de evaluación de nuevas tecnologías sanitarias (procedimientos de atención, medicamentos, entre otro) posicionándose como único líder en la administración de los recursos económicos en salud. Permitiría contrarrestar los intereses comerciales de algunos sectores, versus los preceptos de la buena práctica médica basada en la evidencia científica. El gasto sanitario no escapa a la generales de la ley del financiamiento público, y por diversos motivos, cada vez es mayor la necesidad de justificar desde una perspectiva de racionalidad económica y social, los recursos públicos destinados a la financiación de las diferentes partidas presupuestarias que conforman el gasto sanitario.

Las autoridades que administran el sistema de salud argentino, tendrán que trabajar en una política de integración que permita universalizar los preceptos que rigen la administración de los recursos, posicionándose como líderes para el cambio, de esta forma se podrá trasvasar a todos los actores que intervienen en el sistema sanitario y conseguir comenzar con la transformación necesaria y así alcanzar revertir la prevalencia de las enfermedades no trasmisibles. Solo así se logrará sacar el foco de preocupación en como garantizar la atención eficaz a una población en riesgo y pasar a re invertir el dinero destinado a revertir procesos de enfermedad, en centros de promoción para la salud.

En oportunidad de definir una estrategia para lograr cambios en los sistemas de América Latina y el Caribe, las (Naciones Unidas, 2005) describió en un documento, algunos objetivos para abordar las desigualdades injustificadas a las que están sometidas las poblaciones vulnerables. Proponen que:

“es necesario que los países de la región se comprometan firmemente con los imperativos de equidad y solidaridad, y se adopten medidas sinérgicas en varios niveles, entre otros con los siguientes fines:

- *reducir la desigualdad de acceso a los servicios;*
- *mejorar el funcionamiento de las instituciones en beneficio de todos;*

- *fortalecer la capacidad de distribución de recursos del Estado;*
- *incrementar la participación social en los procesos de diseño, monitoreo e implementación de las políticas públicas sobre salud”.*¹⁵

Solamente cumpliendo con lo enunciado anteriormente, se logrará un país productivo, con acceso a salarios dignos, y por ende, la posibilidad de acceder a alimentos ricos en nutrientes; logrando una población saludable y educada, y por consiguiente con vidas más satisfactorias. Es necesario que los gobiernos reemplacen la idea de tener las “necesidades básicas satisfechas” de la población, por la cultura del “deseo de una vida mejor”.

La fortaleza de un país está en que sus ciudadanos mejoren su estándar de vida y solo así se podrán disminuir los factores de riesgo a los que están expuestos, logrando así reducir la prevalencia de las enfermedades no transmisibles entre las que se encuentra la obesidad.

Lic. Silvia Mascaro

¹⁵ Naciones Unidas. El Momento de la renovación. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe. Agosto 2005. Pág. 172.

7. Bibliografía

Abranzon, Mónica. Argentina. Recursos Humanos en Salud en 2004. OPS 2004. Deis.

Amartya Sen.
http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/11/101103_desarrollo_libertad_entrevista_sen_aw.s.html

Barriguete Meléndez, Armando. Sobrepeso y Obesidad: Trastornos de la Conducta Alimentaria en México. Revista Actualidad Psicológica. Actualizaciones en Obesidad. Nº 369. Octubre 2009.

BANCO MUNDIAL (2003): *World Development Report 2003: Sustainable Development in a Dynamic World*.
<http://econ.worldbank.org/external/default/main?menuPK=477727&pagePK=64167702&piPK=64167676&theSitePK=477711>

Benítez Moreno JM (1); Reina Rodríguez MD (2); Cortés Viana MP (1); Morató Cortinas T (1). Ansiedad, Depresión y Conducta Alimentaria en Obesos sin Diagnóstico Psiquiátrico Previo en Atención Primaria. 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2003.
http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2540/3/interpsiquis_2003_9982.pdf

Bonsignore, Ana. Bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria: algunas reflexiones. Arch. argent. pediatr 2004; 102(6) / 419

Braguinsky, Jorge y colaboradores. Obesidad. 1996. Cap. 16 Trat. De la obesidad: Indicaciones y objetivos. Editorial Ateneo. Pág. 291.

Braguinsky Jorge. Conferencia de Epidemiología y Prevención. La obesidad hoy. Develando ciertos enigmas, revelando otros. Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina. Marzo del 2004. <http://www.fac.org.ar/1/revista/04v33n1/tcvc/tcvc03/braguins.PDF>

Brosens C. Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. Evid. Actual. Práct. Ambul; 12(3):116-117, Jul-Sep 2009. Disponible en Internet: www.evidencia.org.

(CDC). Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades Encuesta Nacional de Nutrición de EEUU entre 2005-2006, (CDC, 2006). Circunferencia de la cintura, la obesidad abdominal y la depresión entre los adultos de los EE.UU. con sobrepeso y obesidad. *BMC Psychiatry* 2011 Ago 11; 11:130. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/130>

CIE-10. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Edit. MEDITOR. Madrid. 1992.

Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*. 1994; 17:961-969.

Comparative Effectiveness of Weight-Loss Interventions in Clinical Practice, N Engl J Med 2011;

Davis P. Health Care as a Risk Factor. *CMAJ*. 2004; 170:1688-9.

Delgado, M. El sistema agroalimentario globalizado: imperios alimentarios y degradación social y ecológica. En: Revista de Economía Crítica, No. 10. pp. 32 – 61. 2010.
Dirección de Estadísticas e Información (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Defunciones por causas, Argentina, 2001

(DSM IV). American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. De. Masson. Barcelona.1995

DUHL Leonard J.The healthy city: Its function and its future. Health Promotion International, Vol. 1, No. 1, 55-60, 1986. © Oxford University Press

Encuesta de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2005. 2010. www.Ministerio de Salud de la Nación Argentina.gov.ar.
http://Ministerio de Salud de la Nación Argentina.gov.ar/ent/VIG/Publicaciones/Encuestas_Poblacionales/PDF/Que%20es%20la%20Encuesta%20Nacional%20de%20Factores%20de%20Riesgo.pdf

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004/2005. Informe Anemia: La desnutrición oculta. Conclusiones Pág. 70. 2008. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
<http://Ministerio de Salud de la Nación Argentina.gov.ar/htm/Site/ennys/site/default.asp>

Elgart Jorge, Pflirter Guillermina, González Lorena, Caporale Joaquín, Cormillot Adrián, María Luz Chiappe, Juan Gagliardino. *Obesidad en Argentina: Epidemiología morbi mortalidad e impacto económico*. Rev. Argent Salud Pública, 2010; 1(5):6-12

Gérvas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. Aten Primaria. 2003;32: 158-62.

Gérvas J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. Gac Med Bilbao. 2006; 103:46-7.

González García, Ginés y Tobar, Federico (2004). Salud para los argentinos Ed. Isalud. Buenos Aires.

Higgins M, Kannel W, Garrison R, Pinsky J, Stokes J 3rd. Hazards of obesity—the Framingham experience. Acta Med Scand Suppl. 1988;723:23-36.

Hubert HB, Feinleib M, McNamara PRA, Castelli WP. La obesidad como factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular: una de 26 años de seguimiento de los participantes en el Framingham Heart Study. Circulación. 1983; 67:968-977.

IECS. Informe de Respuesta Rápida N°44. Utilidad de los tratamientos quirúrgicos en la obesidad /Usefulness of surgical treatments for obesity. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.2005.

INDEC. http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=1956

Infoleg. Ley 26396 de Trastornos de la Alimentación (2008). Res.742/09.

Kim Raine, y otros. State of the Evidence Review on Urban Health and Healthy Weights. Canadian Intitute for Healt Information. 2008.

Jenicek M. Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public healt (SPBE), h. J Epidemiol 1997;7:187-97

Lacan, Jaques. Seminario 10 de La angustia, clase del 23 de enero de 1963, Pasaje al acto y acting out. Pág. 120 de la edición Versión Integra.

Lawrence, F. (2009) *Quién decide lo que comemos*. Ed.Tendencias Editores. Barcelona.

Legislud. Ley 26396. [http://test.e-legis-ar.Ministerio de Salud de la Nación Argentina.gov.ar/leisref/public/search.php](http://test.e-legis-ar.Ministerio_de_Salud_de_la_Nación_Argentina.gov.ar/leisref/public/search.php)

Legislud, <http://leg.msal.gov.ar/>.

Morgan J et al. *Options for Slowing the Growth of Health Costs*. N Engl J Med 358; 14 April 3, 2008.

Organización Mundial de la Salud (OPS). 2007. Situación de las Américas: Indicadores básicos.

Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Mundial de la Salud de órganos Tech Rep Ser. 1995; 854:1 - 452.

OMS; 1995. Pág. 375 gráfico Brasil.
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) World Health Organization . The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response *Edited by:* Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein. Página 30. 2007.

Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.* Ginebra. OMS; 2005.
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf

Patel, R. (2008). Obesos y famélicos. Buenos Aires: Marea. Pág 19.

Paho. Salud de las Américas, 2007. Volumen I. Las Políticas Públicas y los Sistemas de Servicios de Salud. Cap 4. Pág.318

Pels. Jacqueline, Estudio de satisfacción de atención médica para pacientes con enfermedades crónicas vinculadas a la obesidad: PROGRAMA DE REEDUCACIÓN ALIMENTARIA. Julio 2008.

Popkin Barry M. La transición nutricional y la obesidad en el mundo en desarrollo. J Nutr 2001;131(3):871S-873S.

Puska Pekka P. Health in all policies. *Eur J Public Health* 2007; 17: 328.

Puska Pekka, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. *The North Karelia Project: 20-year results and experiences*. National Public Health Institute. Helsinki, 1995.

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición.

Rovira, Bernardo Luis. Obesidad del adulto. Obesidad y psicopatología. Capítulo XII. ama-med.org.ar. Asociación Médica Argentina.

Sereday, MS et. Al, Prevalencia de diabetes, obesidad, hipertensión e hiper dislipidemia en la región central de la Argentina. Pág. 338. *Diabetes Metab* 2004, 30,335-9.

Shapira, Valeria. La Argentina Ansiofítica. Editorial Sudamericana. 2009.

Stigler, George. Esta idea ha sido defendida especialmente por George Stigler. Véase, por ejemplo, su artículo "Theory of Regulation", *Bell Journal*, primavera, 1971, págs. 3-21. Stigler, George, "La teoría de la regulación económica", en *Bel i Queralt* (1996), pp. 35-60. [Publicado originalmente como "The Theory of Economic Regulation", en *The Bell Journal of Economics and Management Science*, núm. 2, primavera, pp. 3-21.]

Terol, E., Hamby F S. Minue. Gestión de Enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Medifam vol.11 no.2 Madrid Feb. 2001

The Lancet, Volume 370, Issue 9604, Pages 2044 - 2053, 15 December 2007 doi:10.1016/S0140-6736(07)61698-5 Cite or Link Using DOI Published Online: 05 December 2007. Prevención de enfermedades crónicas: efectos sobre la salud y los costos financieros de las estrategias para reducir el consumo de tabaco de admisión y control de sal

Tsigos C., Hainer V., Bsdevant A., et al. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. Obesity Facts 2008; 1:000-000 Published online April 18, 2008.

USPSTF (Preventive Services Task Force) en su Guía de la Clínica Servicios Preventivos de EE.UU <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm>

Vidal y Benito, Ma. Del Carmen. "Relación médico paciente". Bases para una comunicación a medida. Editorial: Lugar Editorial. 2007.

Wagner, E H. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? <http://www.acponline.org/>

Weighing the options. Institute of Medicine. Committee to Develop Criteria for Evaluating the Outcomes of Approches to Prevent and Treat Obesity. National Academy Press. Washington, D.C, 1995.

<http://translate.google.com.ar/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.nap.edu/catalog/4756.html&ei=PwVMT67rKIGugweh5v2QDg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CDIQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Dweighing%2Bthe%2Boptions%26hl%3Des419%26biw%3D1143%26bih%3D540%26prmd%3Dimvns>

Wilson, d ' Agostino, Levy et al. Coronary Heart Didease. Basado en Predicción de enfermedad coronaria mediante las categorías de Factor de riesgo, 1998. <http://www.framinghamheartstudy.org/risk/index.html>

Wolf AM, Colditz GA. (1998). Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes. Res.* Mar; 6(2):97-106